PSYCHOLOGIE

Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale

R. Roussillon

C. Chabert
A. Ciccone
A. Ferrant
N. Georgieff
P. Roman

MASSON

SOMMAIRE

Préface

La rédaction de ce manuel répond à une série de motifs qui nous ont décidés à entreprendre un travail de l'ampleur de celui qui est proposé.

Il n'existe pas actuellement de tentative d'ensemble pour offrir une représentation théorique de l'histoire de la construction et de l'évolution de la subjectivité de la naissance à l'âge adulte. La plupart des travaux de recherches traitent de tel ou de tel point de l'histoire du développement de la vie psychique mais sans l'articuler à ce qui précède et à ce qui suit, les manuels et traités soit « date » et n'ont guère intégré les plus récents développements et modèles que la recherche clinique a dégagés, ou alors ils ne couvrent qu'une petite période de cette histoire. Manque une représentation clinique d'ensemble du processus, de la continuité et de la logique du processus, par lequel le bébé puis l'enfant, puis l'enfant latent et enfin l'adolescent construisent leur vie psychique en lien avec l'univers parental et les interrelations qui le constituent.

C'est pourquoi nous avons rassemblé des contributions de différents auteurs qui tous s'étayent sur la pensée psychanalytique et tous font autorité dans le domaine sur lequel ils se prononcent, pour proposer une nouvelle démarche qui articule une théorie de l'histoire du développement à la psychopathologie et aux méthodes projectives.

Le manuel propose donc une approche de l'évolution du sujet humain et des besoins qu'exige le développement de sa subjectivité propre, des avatars que ce processus peut rencontrer aux différents moments de son parcours, à partir d'une analyse dialectique permanente de son évolution avec celle de son entourage familial et sociétal. En effet si elle s'exprime chez un sujet, la psychopathologie, comme tout ce qui concerne l'organisation de la vie psychique, ne peut vraiment devenir intelligible que dans une dialectique de celle-ci avec ce à quoi le sujet a été confronté.

C'est donc à partir de cette représentation d'ensemble que la psychopathologie est présentée et prend sens. Là aussi, ce manuel innove, il ne se contente pas de présenter une nosographie de la

symptomatologie des différentes formes de psychopathologie, il essaye de pénétrer dans l'intelligibilité de celle-ci en lien avec les aléas du développement de la subjectivité. Il ne se contente pas de proposer un point de vue descriptif des types de psychopathologie, une séméiologie de ceux-ci, il essaye, dans une tradition de psychopathologie issue de la clinique psychanalytique, de pénétrer les logiques, en large partie inconscientes, qui sont sous-jacentes aux formes d'expression de la psychopathologie. L'approche projective complète de ses méthodes propres, cette démarche d'ensemble, elle fournit une méthode pour médiatiser la subjectivité propre du clinicien

Mais il nous a aussi semblé qu'à notre époque, et compte tenu de l'importance des travaux actuels dans ce domaine, il était nécessaire d'ajouter à cette somme une réflexion sur ce que le développement des neurosciences cognitives apporte aux grandes questions de la psychopathologie.

Ainsi composé ce manuel s'adresse à tous ceux qui, étudiants, jeunes et, pourquoi pas, moins jeunes professionnels, sont soucieux d'une vue d'ensemble de la connaissance de l'approche clinique de la vie psychique et des formes de sa pathologie. Il rassemble en un seul volume ce qu'il est essentiel et indispensable de savoir et d'avoir compris de la psychopathologie clinique quand on étudie ou que l'on s'engage dans une pratique de soin qui cherche à dégager le sens des formes de la souffrance humaine.

René Roussillon

Liste des auteurs

René Roussillon : professeur de psychologie clinique et psychopathologie, université Lyon 2, coordonnateur de l'ouvrage.

Catherine Chabert : professeur de psychologie clinique et psychopathologie, université Paris V.

Albert Ciccone : professeur de psychologie clinique et psychopathologie de l'enfant et adolescent, université Lyon 2.

Alain Ferrant : maître de conférence en psychologie clinique et psychopathologie de l'adulte, habilité à diriger des recherches, université Lyon 2.

Nicolas Georgieff : professeur de psychiatrie de l'enfant et adolescent, université Lyon 1.

Pascal Roman : professeur de psychologie clinique et psychopathologie, université Lyon 2.

Sommaire

Partie I. La réalité psychique de la subjectivité et son histoire

R. Roussillon (avec interventions d'A. Ciccone)

Partie II. Psychopathologie

A. Ferrant, A. Ciccone

SECTION 1 Introduction générale

A. Ferrant

SECTION 2 Les épreuves projectives en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

P. Roman

PARTIE I

La réalité psychique de la subjectivité et son histoire

R. Roussillon (avec interventions d'A. Ciccone)

CHAPITRE 1
Choix d'un référentiel théorique : réalité psychique et métapsychologie

1. Objectifs

L'objectif de cette première partie est de présenter les outils nécessaires pour aborder la psychopathologie psychodynamique que nous présentons ensuite. Ses enjeux propres sont de permettre au lecteur de construire une représentation d'ensemble de la psyché, de son histoire et de son fonctionnement.

C'est en quelque sorte le préalable à un abord psychopathologique qui privilégie l'intelligibilité et l'approche compréhensive de la « souffrance humaine », de son « pathos ». Une bonne représentation d'ensemble de la théorie de la construction de la psyché et de son évolution historique nous a en effet semblé nécessaire pour que les formes de la souffrance psychopathologique que nous aborderons ensuite prennent place et sens au sein d'une histoire de la subjectivité et de la subjectivation. Cette représentation d'ensemble manque la plupart du temps à l'approche psychopathologique, qui menace alors d'être coupée du sens que peut prendre la symptomatologie manifeste, au sein d'une histoire qui est autant celle de la découverte et de la rencontre avec soi-même, que celle de la rencontre avec les autres significatifs (les « objets parentaux ») avec lesquels nous nous sommes construits.

Quelle que soit la difficulté du projet – ce n'est pas un hasard s'il n'y a pas d'ouvrage qui présente une représentation d'ensemble de l'histoire de la structuration de la psyché et de la subjectivité –, il nous a semblé indispensable d'en proposer une, et ce en dépit des inévitables imperfections d'un tel modèle. Il vaut sans doute mieux une représentation d'ensemble, même imparfaite, même chargée de tensions, d'imprécisions, qu'une absence de représentation qui laisse le clinicien démuni pour saisir la dynamique psychique d'ensemble des

sujets auxquels il se trouve confronté. Les temps et « moments » de construction de l'appareil psychique et de la subjectivité ne se succèdent pas au hasard. Nous partons de l'hypothèse selon laquelle il y a une ou des « logiques » de leurs enchaînement et articulation, qui résultent autant du sujet lui-même, héros de l'histoire, que de l'évolution de sa rencontre avec son environnement humain, ses parents principalement, et tous ceux avec qui il se construit.

Je propose donc une représentation théorique, c'est-à-dire formée des outils et des concepts qui me paraissent fondamentaux, pour rendre possible l'élaboration de modèles, ou plutôt d'un ensemble de « conceptions » et d'hypothèses, destinées à accroître l'intelligibilité de la vie psychique.

La démarche proposée dans cet ouvrage n'est donc pas « cumulative » ; elle se veut une recherche du sens du mouvement d'ensemble, une exploration dans laquelle on approfondit progressivement la compréhension de la logique de la psyché, et de la subjectivité humaine qui l'organise. Elle procédera donc dans un mouvement de complexification progressive de la compréhension.

La théorie choisie par les auteurs de cet ouvrage est la métapsychologie psychanalytique, c'est-à-dire une conception de la vie et de l'évolution psychique issue de la pratique psychanalytique et du travail de théorisation de Freud et de ses principaux successeurs français et anglo-saxons (M. Klein, W. Bion, D.W. Winnicott, J. Lacan, A. Green, J. Laplanche, P. Aulagnier, D. Anzieu, etc.). Dans le concert actuel des conceptions qui se confrontent en psychopathologie et en psychologie clinique, seule la métapsychologie psychanalytique me semble offrir une conception d'ensemble de la vie psychique : elle seule peut « couvrir » tous les aspects et les manifestations de celle-ci, du fonctionnement le plus créatif au plus détérioré ; elle seule permet de déboucher sur une pratique clinique respectueuse du sujet humain dans sa complexité et sa diversité. Elle reste d'ailleurs la théorie référentielle de la majeure partie des cliniciens, et ce aussi bien dans le domaine des prises en charge individuelles, du bébé au grand âge, que dans les divers modes d'approches thérapeutiques groupale, familiale ou institutionnelle qu'ils mettent en place.

Je me suis efforcé d'intégrer les principaux apports des penseurs référentiels de la psychanalyse, en reprenant de chacun d'eux ce qui me paraît essentiel pour construire le modèle d'ensemble le plus pertinent. À cette source principale, j'ai aussi ajouté, toutes les fois que cela me semblait utile, des références aux principaux travaux de la recherche en psychologie clinique qui me paraissaient compatibles

avec la conception psychanalytique et aussi quelques recherches des biologistes, issus des neurosciences, qui pouvaient soit apporter des contrepoints fructueux, soit au contraire des confirmations fécondes.

La métapsychologie psychanalytique n'est pas le tout de la psychanalyse. La psychanalyse est une pratique, laquelle se déroule au sein d'un dispositif particulier : le dispositif psychanalytique divan-fauteuil (par extension, ce dispositif a ensuite été adapté pour la prise en charge de l'enfant, du bébé et les thérapies familiale, groupale et institutionnelle). Cette pratique repose sur une méthode d'exploration de la vie psychique, « l'association libre adressée » à un autre sujet, règle fondamentale qui recommande à l'analysant de « dire tout ce qui lui vient à l'esprit ». Tout, c'est-à-dire les pensées, émotions, sensations ; tout, c'est-à-dire même ce qui lui paraît illogique, immoral, asocial ou insensé.

C'est à partir de cette pratique et de l'utilisation de cette méthode que la psychanalyse a dégagé un ensemble de principes de fonctionnement de la vie psychique, un ensemble de lois et de concepts, articulés entre eux et qui forment une représentation cohérente de la réalité et de la vie psychique. C'est cet ensemble de principes, lois et concepts qui compose la « métapsychologie psychanalytique ».

2. Réalité psychique

Le premier concept de « fondement » de la métapsychologie, celui sans lequel l'ensemble de l'édifice théorique n'a aucun sens, est celui de réalité psychique. Cela signifie que la vie psychique, et la « matière » spécifique qui l'habite, se donne bien comme une réalité, une réalité qui présente la même consistance que les autres formes de celle-ci, même si elle n'en a pas la même « matière ». Pour bien comprendre une telle affirmation, un rappel des différents niveaux de réalité ne sera sans doute pas inutile.

Pour dire vite et aller à l'essentiel, on peut différencier trois niveaux, trois « ordres » de réalités emboîtés :

- la réalité « matérielle » qui vaut pour tous les corps animés comme inanimés ;
- au sein de celle-ci se détache un deuxième ordre de réalité, qui a ses lois propres – même si celles-ci ne sont pas incompatibles avec celles de la réalité matérielle – : la réalité « biologique », qui ne concerne, elle, que les organismes vivants ;
- enfin, certaines propriétés spécifiques de la réalité biologique, caractérisées par la réflexivité, détachent aussi un ensemble suffisamment autonome pour être distingué ; c'est la réalité « psychique ».

2.1. Réalité matérielle

La réalité matérielle concerne tous les corps, qu'ils soient vivants ou inanimés. Elle concerne tous les corps en tant qu'ils sont « matière », et soumis aux lois de la matière. Par exemple, tous les corps tombent vers la Terre selon la loi de l'attraction universelle dégagée par Newton. Une pierre, un oiseau, un homme tombent avec la même vitesse potentielle, subissent en tout cas la même attraction de la part de la Terre ; cela ne dépend pas de leur « nature » biologique particulière ni même de leur réalité psychique.

2.2. Réalité biologique

Cependant, certains corps du domaine matériel, les corps animés, ont développé des propriétés particulières qui permettent de définir un champ suffisamment singulier au sein de la réalité matérielle, pour mériter d'être spécifié. Ces corps ont développé la capacité de produire un environnement propre, autonome, autodéterminé, au sein duquel des lois de fonctionnement spécifique peuvent être sélectionnées et se développer. Au sein de la membrane, de l'enveloppe qui permet de délimiter chaque organisme vivant, se développent des lois qui ne se réfèrent qu'à cet organisme lui-même ; c'est ce que le biologiste F. Varela a appelé « l'auto-poëse ». Ces organismes sont bien en relation avec le monde extérieur, mais ils font subir à tout ce qui rentre ou sort de leur membrane des transformations spécifiques en fonction du maintien de leur organisation interne. Ils peuvent ainsi développer des capacités particulières. Ainsi un oiseau pourra-t-il « produire » des ailes et des plumes grâce auxquelles il va pouvoir modifier l'effet de l'attraction terrestre sur sa trajectoire et pouvoir voler. Mais il suffit qu'il perde sa capacité auto-organisatrice, par exemple si la balle d'un chasseur perfore son enveloppe, pour qu'il se mette à tomber comme une masse inerte. Nous voyons donc que la caractéristique centrale de la réalité biologique, de la vie, c'est sa capacité d'auto-organisation, d'autoproduction et d'autoreproduction, ce que je résumerais d'un terme : sa capacité « auto ».

2.3. Réalité psychique

La réalité psychique, elle, se présente comme un cas particulier de la réalité biologique. On a pu la définir historiquement, dans la philosophie et dans les premières formes de la psychologie, par la conscience. Le vivant non seulement s'autorégule, mais il peut aussi développer une « conscience » de cette autorégulation, c'est-à-dire une

capacité à réfléchir sa capacité « auto », une capacité « autoréflexive ». Ce qui caractérise ce niveau de réalité est un processus « auto-méta », ou encore la « pensée réflexive ». Pensée, processus auto-méta et réflexivité, voici trois manières de commencer à approcher la réalité psychique. Mais la propriété que les philosophes n'avaient attribuée qu'à la seule conscience, les psychanalystes d'abord, les psychologues et même les biologistes ensuite l'attribuent maintenant, au-delà de la conscience, aux activités psychiques en général, c'est-à-dire aussi à celles qui ne sont pas conscientes, et même à celles que les psychanalystes ont appelées inconscientes, et qui forment un cas particulier des capacités non conscientes. Conscience et psychisme ont donc été disjoints, et la conscience n'apparaît plus que comme un cas particulier de la réalité psychique, que comme un cas particulier de la réflexivité et de la pensée. Toute une série de processus réflexifs (auto-méta) et toute une série de processus de « pensée » échappent à la conscience, mais contribuent à donner sa consistance et sa forme à la réalité psychique.

Poussons encore un peu l'exemple de la chute des corps que nous avons commencé à développer. La réalité psychique n'empêche pas directement un être humain de tomber selon la loi de l'attraction terrestre ; l'humain est aussi un corps « matériel », soumis aux mêmes lois que tous les corps matériels. Par ailleurs, l'homme n'est pas un oiseau, et les propriétés de son enveloppe corporelle ne sont pas celles des oiseaux ; il ne peut donc pas voler à l'aide de ses seuls moyens corporels. Mais il peut avoir le désir de voler, comme un oiseau, tel Icare, ou craindre de tomber dans le vide s'il a le vertige, ou encore souhaiter dépasser les limitations que son être matériel et son enveloppe corporelle lui imposent. Pour cela, il peut penser et inventer des « machines à voler ». Ces machines devront reconnaître les « donnes » de la réalité matérielle et celles de la réalité biologique, avec ses limites, pour tourner leurs règles au service de la réalisation des désirs ou de la satisfaction des besoins de l'être humain.

3. Réalité de la subjectivité

L'approche psychopathologique que nous développons suppose accepter l'existence de cette réalité, et le paradoxe de la reconnaissance de « l'objectivité » de la subjectivité humaine, c'est-à-dire de sa relative autonomie. La réalité et « l'objectivité » sont souvent opposées à la subjectivité, qui apparaît alors comme moins consistante, plus labile, soumise aux caprices du moment. La subjectivité n'est pas alors considérée comme une « objectivité » d'un autre ordre,

tant on a pris l'habitude d'identifier réalité et réalité matérielle, et de ne référer celle-ci qu'au monde extérieur « ob-jectif », c'est-à-dire « jeté là devant soi ». Toute la démarche de cet ouvrage et tout l'apport de la psychanalyse vont à l'encontre d'une telle conception. Dès l'origine des découvertes de Freud, la psychopathologie d'orientation psychanalytique plaide pour l'objectivité des phénomènes et processus psychiques qui agissent dans la vie psychique, même si ceux-ci sont inconscients et perceptivement indécelables. La force de l'attraction universelle non plus n'est pas « visible » ; elle n'est pas décelable, si ce n'est par ses effets sur la chute des corps, mais cela ne l'empêche pas d'être objective !

L'utilisation du concept de réalité pour désigner la psyché n'est donc pas sans enjeux ; il vise à se démarquer de la menace de dépréciation ou de déni contenue dans des termes comme « imaginaire » ou « fantasme ». La pénombre associative de ces termes est telle qu'on peut imaginer qu'il suffirait de « souffler » sur l'imaginaire ou le fantasme pour le faire disparaître ; fantasme comme imaginaire désignent souvent le faux (« le malade imaginaire »), l'irréel (« ce n'est qu'un fantasme »). En utilisant le terme de réalité psychique, j'insiste ici sur sa consistance propre, sa « résistance » propre, son autonomie propre. La réalité psychique est aussi ce sur quoi l'on bute, ce qu'on ne peut négliger sans conséquences. C'est l'une des réalités fondamentales de l'être humain. On naît, on vit, on meurt, on tue, on jouit en rapport avec la réalité psychique. On signifie le monde et la vie en fonction d'elle – pas seulement en fonction d'elle, mais aussi essentiellement en fonction d'elle.

Comme nous l'avons dit, il s'agit d'une réalité objective, c'est-à-dire qu'elle a ses principes, contraintes, lois et effets propres, qui conditionnent la manière dont on « vit » les événements, dont on appréhende les relations, dont on leur donne un sens particulier. Elle est objectivement agissante ; elle donne leur couleur, leur goût, leur forme spécifique aux contenus psychiques ; elle « produit » la représentation que nous pouvons nous construire de ce qui se passe en nous ou dans nos relations avec les autres.

Mais c'est une réalité complexe, qui possède une partie consciente et une large partie inconsciente, inconnue de la perception directe, et néanmoins active : une partie qui peut être immédiatement appréhendée par la conscience, qui est l'organe de « perception » de ce qui se produit en nous ; et une partie difficile à appréhender, inconsciente, qu'il faut repérer à ses signes propres, dont il faut déduire la présence à partir de ses effets, et reconstruire les processus cachés pour la rendre intelligible.

Même si elle comporte de larges parties inconscientes, cette réalité est néanmoins organisée, et même plusieurs fois « organisée », par différents types de processus. Elle est organisée par notre rationalité – ce que Freud a appelé les « processus secondaires » –, mais aussi par l'irrationnel – ce que Freud a nommé les « processus primaires ».

Elle échappe donc en partie du fait du caractère non conscient et inconscient de ces processus, mais aussi du fait de leur caractère vivant, c'est-à-dire non totalement prédictible, de la relation à l'inconnu qu'implique le vivant, le non-encore là, le non-encore advenu. La réalité psychique possède ainsi un inévitable ombilic, un point d'échappée radicale, qui interdit de penser qu'elle peut être connue et comprise, saisie, en totalité. Il reste, et sans doute restera toujours, une zone d'ombre, un point d'énigme interne.

Cependant, ce constat nous blesse. Nous nous défendons alors contre l'échappée qu'il impose, l'énigme interne qu'il représente, les processus inconscients et la perte de maîtrise qu'il implique, ainsi que contre la blessure qu'il inflige à notre narcissisme.

- Une première défense consiste à tenter de « disqualifier » la zone d'ombre de notre fonctionnement psychique, cette part inconnue énigmatique de nous-même. Nous tentons de l'ignorer, de la « refouler », comme si elle n'existait pas, nous élevons des défenses, des protections qui s'exercent contre son existence même.
- Dans une deuxième défense, nous tentons d'obturer, de suturer la brèche qu'elle représente soit avec des « raisons », des rationalisations qui visent à en réduire ou à en faire disparaître le caractère énigmatique, soit avec des explications, des « psychologies » qui utilisent des données qui nous semblent « objectives ». Nous évoquons alors, à l'avenant, la fatigue, le tempérament, l'hérédité, le caractère, etc. Autant d'explications qui ne sont pas nécessairement impertinentes, mais qui sont utilisées avant tout pour tenter de recouvrir l'énigme de son sens ou de sa manifestation inconnue.
- Enfin quand, de guerre lasse, nous nous décidons à en accepter la manifestation et la question, nous pouvons chercher à aborder et à comprendre les particularités de cet autre monde qui nous habite, de cette « autre scène » que nous abritons dans les profondeurs de notre vie interne, et commencer à tenter de construire des représentations du sens caché. La conscience est le seul « organe » dont nous disposons pour connaître ce qui se trame dans notre « fors intérieur ». Elle est limitée mais elle peut organiser la représentation de sa limite, celle de ce qui lui échappe, la représentation d'un « inconscient », et, sur ce fond, commencer à l'explorer. La reconnaissance de l'existence d'une partie inconsciente de notre vie

psychique est le premier pas de l'interrogation sur son sens ; c'est le premier temps de la levée de la censure qui s'exerce contre sa représentation consciente, le premier moment de son exploration.

Si, dans la vie, nous ne dédaignons pas d'utiliser et de mêler tour à tour ces trois modalités de « traitement » de notre rapport à l'énigme, selon notre degré de souffrance ou notre curiosité à l'égard de notre monde interne, l'approche métapsychologique et la psychopathologie d'orientation psychanalytique privilégient particulièrement la troisième des « solutions » évoquées. Elles proposent le plaisir de comprendre et de (se) découvrir comme antidote à la confrontation à la blessure des points d'inconnus énigmatiques de notre vie psychique.

4. Métapsychologie

Les caractéristiques de la réalité psychique qui viennent d'être esquissées aboutissent à l'idée que la réalité psychique est un objet « hypercomplexe », comme dit E. Morin, ce qui signifie que l'on ne peut prétendre en donner une « théorie » exhaustive, et que l'on ne peut l'appréhender que sous des formes « réduites ». Les théories « réduisent » leur objet, elles ne peuvent pas faire autrement, et l'on ne peut leur reprocher l'inévitable. La question de l'intérêt des théories, de leur pertinence est plutôt de savoir quel niveau de réduction est tolérable, ou à partir de quel niveau de réduction on perd l'essentiel.

La métapsychologie psychanalytique représente, selon nous, l'effort le plus conséquent à l'heure actuelle pour proposer une théorie d'ensemble des faits psychiques qui limite le plus possible cette réduction, grâce à la référence à une vie psychique inconsciente et à la reconnaissance du conflit psychique. Cependant, elle ne saurait rendre compte de tout. Elle se présente comme un ensemble de principes, de lois, de concepts qui tentent de décrire le « cours des événements psychiques » aussi bien normal que pathologique. Son enjeu est de permettre de composer des hypothèses et des modèles qui accroissent le plus possible notre intelligibilité des faits psychiques.

Les hypothèses et modèles que propose la métapsychologie psychanalytique ont pourtant fait leurs preuves depuis maintenant plus d'un siècle, même si ce ne sont que des manières de se représenter le fonctionnement de la psyché, des « conceptions » dynamiques de celui-ci. Potentiellement révisables, elles ont été complétées, creusées, infléchies par Freud lui-même et ses successeurs, en fonction de ce que la pratique et la clinique apportent à la réflexion. Ceci étant, les différents développements que la métapsychologie a pu connaître

ne modifient qu'assez peu son architecture d'ensemble, et ne remettent pas en cause ses lois et principes de fondement.

La métapsychologie, nous l'avons dit, n'est pas une théorie « totalitaire », elle ne prétend pas dire le tout de la vie psychique. Elle se présente plutôt comme une forme de « maillage » de celle-ci, qui ne dit pas tout, pas « le » tout, mais dit quelque chose d'essentiel de chaque fragment du tout, concernant l'organisation de la vie subjective et du « sens » que celle-ci confère aux faits. Il y a toujours une approche « métapsychologique » du fait psychique, une approche pertinente pour rendre compte de ses particularités, de ses singularités. Si la métapsychologie rend possible une « psychologie clinique générale » des faits psychiques, elle permet aussi et surtout de dégager le sens individuel, spécifique pour ce sujet-là, de ce qui se présente et se passe.

Comme nous l'avons vu, la métapsychologie est issue de la pratique de la psychanalyse ; elle a donc été élaborée à partir de la pathologie et du soin psychique. Elle a ainsi conclu une « alliance » historique avec la question de la souffrance humaine, du pathos, qui témoigne de l'échec du moi à trouver un règlement acceptable à son rapport à sa propre zone d'ombre et d'énigme. Elle s'est aussi fondée sur le refus méthodologique d'un certain nombre de réponses « toutes faites » aux énigmes de la psyché humaine (hérédité, génétique, dégénérescence, biologie, etc.), et « trop réduites » pour dégager un niveau spécifique et spécifiquement psychique.

À l'inverse, elle se fonde sur la notion que les symptômes et toutes les manifestations de la « subjectivité » ont un sens – celui-ci étant caché, subjectif, spécifique – ; et qu'ils cherchent à « signifier » quelque chose, que le sujet ne connaît pas consciemment ; quelque chose que le sujet « sait » sans le savoir, sans savoir qu'il le « sait », qu'il sait « inconsciemment ». Mais l'exploration de la psychopathologie a aussi abouti à révéler qu'entre les processus qui opèrent dans la pathologie psychique et la symptomatologie, et ceux repérables dans le cours normal du fonctionnement de la vie psychique, il n'y avait pas de différence de nature. Ce sont les mêmes processus qui sont utilisés dans la vie psychique normale, courante et habituelle, « saine », et que l'on retrouve dans les formations psychopathologiques. Il n'y a pas de différence de nature ni de processus ; il n'y a que des différences de degré, d'intensité, voire de plasticité de ces mécanismes. Le pathologique ne fait que révéler des lois générales, et mettre en évidence des processus autrement masqués ou mieux intégrés et représentés.

5. À l'écoute de la réalité psychique : le signe et le message

La partie inconsciente de la réalité psychique se comporte au sein de la psyché comme une énigme agissante et produisant des effets. Comment, dès lors, repérer et appréhender cet inconnu agissant, quels signes donne-t-il de son action ou de sa présence ? Peut-on faire une séméiologie de l'émergence de la vie psychique inconsciente, des modes de manifestations de la réalité psychique, qui puisse servir de guide pour l'écoute et la prise en compte de la réalité psychique inconsciente ?

Les chapitres de l'ouvrage qui seront directement consacrés à la psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte aborderont précisément les signes et la séméiologie (la science du signe) des différentes entités psychopathologiques classiquement dégagées. Mais il n'est peut-être pas inutile, dans cette première partie, de commencer à proposer une « séméiologie générale » des modes d'émergence de la réalité psychique inconsciente. Apprendre à repérer les signes, les « formations de l'inconscient » selon l'expression de Lacan, comprendre la logique de cette émergence est le premier temps de toute démarche clinique en psychopathologie.

5.1. Signe, symptôme et signifiance

Il n'y a pas de « signe » qui soit signifiant en lui-même et par lui-même. Le signe se définit relativement, dans un jeu de différence, dans un jeu de comparaison, en fonction d'un contexte donné, d'une situation singulière. Il est traité comme un « message », même si son contenu est énigmatique. Il n'existe pas « en soi », mais « pour un sujet », « en situation ». Il existe soit pour le sujet qui le présente ou le ressent comme un symptôme, comme un élément signifiant de sa vie psychique, soit pour un observateur, c'est-à-dire un autre-sujet, qui en repère la spécificité, en pressent les enjeux psychiques. Il est donc difficile de définir le signe autrement que par un certain nombre de caractéristiques générales qui le désignent comme tel « pour un sujet ». Il n'y a donc pas de séméiologie « objective » ; le signe signifie un pan de la réalité psychique à l'œuvre pour une subjectivité, une interprétation subjective, et en fonction de celles-ci.

Le symptôme est signe d'un point d'émergence de la vie psychique inconsciente, d'un point de manifestation de celle-ci, d'un effet de son activité. La vie psychique inconsciente ne se donne pas comme telle, elle ne se manifeste pas directement dans la mesure où de puissantes

défenses s'opposent à son expression claire et non ambiguë. Elle va donc se signaler par des perturbations ou des singularités qu'elle va imposer au fonctionnement de la psyché. Ainsi, les premières manifestations de la vie psychique inconsciente qui ont pu être repérées l'ont été à partir du relevé des ratés du fonctionnement psychique, des affects disrupteurs et désorganisateurs, des lapsus, actes manqués, oublis, ou des particularités idiosyncrasiques, qui affectent les systèmes de communication : langage, affect, représentations. C'est ensuite l'analyse des singularités des grandes formations de l'imaginaire – le rêve, les fantasmes, sexuels et narcissiques – qui a fourni la voie royale de l'exploration des manifestations de l'activité inconsciente. Enfin, l'analyse de l'économie d'ensemble de la régulation psychique du sujet, des processus mis en œuvre dans les grandes épreuves que la vie doit affronter (limites, engagement affectif, séparation, rivalité, deuil, etc.), et dans la rencontre entre deux psychés, entre deux sujets, a permis de compléter le tableau d'ensemble.

Dans les différentes manifestations que nous venons d'évoquer, le signe, le symptôme, se signale par le fait qu'il présente un aspect inattendu, inhabituel, irrationnel qui lui confère une valeur subjective spécifique ou énigmatique. Ainsi sera « signe » ce qui est propre à un sujet, ce qui lui est idiosyncrasique, ce qui lui est singulier, ce qui a de grandes chances d'être porteur d'une importante valeur subjective pour lui, d'un fragment révélateur d'un pan crucial de sa réalité psychique inconsciente.

Mais fait aussi signe ce qui est intense, insistant, ce qui est chargé d'une grande valeur émotionnelle, d'un investissement important, ce qui, par cette insistance même, désigne l'existence d'enjeux subjectifs particulièrement significatifs. Cette insistance se signale par l'intensité de l'investissement mais aussi, souvent, par la répétition. Ce qui se répète dans la vie ou dans la parole d'un sujet indique l'existence d'un enjeu caché, d'un signifiant en quête d'intégration, d'un contenu psychique à la recherche d'une reconnaissance.

Par contraste, ce qui est absent, trop absent, se manifeste également à l'attention et devient signifiant, paradoxalement, par son absence même. Ainsi, l'absence d'une réaction émotionnelle, là où elle est généralement attendue, souligne un blanc, et lui-même signifie l'existence d'un refoulement ou d'une défense, donc d'un conflit ou d'une difficulté inconsciente.

La pratique psychanalytique a ajouté à ces premiers repères un autre critère particulièrement important dans l'écoute clinique : l'association, le lien associatif. Ce qui régulièrement s'associe ensemble, sans raison manifeste, pose la question de l'existence d'un lien

caché, d'un lien inconscient, et donc se présente comme un « signe » de celui-ci.

Mais le symptôme, le signe, est aussi très souvent pris au sein d'une relation, il a valeur de langage dans cette relation, de message « adressé » à un autre sujet, à un « objet » significatif du passé du sujet ou de son actualité. Le symptôme est porteur de sens « pour le sujet », même si celui-ci est inconscient, mais il est aussi porteur d'un message et d'une forme de langage pour l'autre-sujet ; c'est en ce sens qu'il a été dit « signifiant ».

5.2. Les trois types de langage

La pensée clinique psychanalytique reconnaît trois types de « langage », trois systèmes de message et de signifiants, et donc trois types aussi de modes de manifestation de la réalité psychique inconsciente.

5.2.1. Langage verbal

Le premier type de langage est le langage « verbal » ; c'est celui qui utilise toutes les dimensions de « l'appareil à langage » pour communiquer et transmettre un pan de la réalité psychique, qui est en partie conscient et délibéré, mais possède aussi toujours une dimension inconsciente. Un rapide exemple permettra de faire sentir d'emblée comment, et avec une très grande économie de moyens, le langage permet de faire passer un message complexe.

Observation 1

Un enfant rentre de l'école et dit à son père : « Tu sais papa, à l'école tous mes copains ont un vélo ». N'importe quel père un peu à l'écoute de son fils « entendra » à travers cette simple phrase l'action d'un désir de vélo chez le fils. Cependant, le fils ne dit pas : « Papa, je désire un vélo » ; il dit plus et moins à la fois. S'il désire un vélo et ne le dit pas, le fils « dit » aussi, sans le dire, qu'il « n'ose » pas le demander, qu'il n'ose affirmer son désir comme tel.

Toutefois, nous sommes loin d'avoir déplié les potentialités de sens d'un énoncé aussi simple avec cette première remarque. La forme verbale même utilisée par le fils, la référence aux « copains » et à « tous » les copains, traduit aussi potentiellement le fait de ne pas se sentir « comme » les autres garçons, et de « formuler » sa demande (non formulée comme telle) à partir du sentiment d'une différence. Mais là encore, il ne dit pas : « Je ne me sens pas comme les autres », il ne s'engage pas formellement dans une confidence sur ce qu'il « vit », il se contente d'évoquer indirectement celle-ci. À bon entendeur ! Cette phrase n'est pas non

plus adressée à n'importe qui, elle n'est pas adressée à la mère par exemple : c'est une phrase « entre hommes » et qui concerne la relation de « groupe » avec d'autres hommes.

Comme on peut facilement s'en rendre compte, la réalité psychique utilise toutes les possibilités que comporte la parole. Bien sûr, ce sont d'abord le contenu et le choix des mots, leur double sens éventuel, la manière dont ils utilisent le corps et la corporéité et les métaphorisent qui devront retenir l'attention du clinicien : c'est la valeur amphibologique du langage.

Mais le style verbal, la structure même de la syntaxe, comme nous venons de le voir, la pragmatique de l'énonciation sont aussi importants pour transmettre les figures et représentations inconscientes, qui infiltrent inévitablement la communication humaine. La prosodie elle-même, c'est-à-dire le ton, l'intensité, le rythme et tous les caractères non verbaux du langage verbal, porte aussi une partie du « message ».

5.2.2. Langage non verbal

À côté du langage verbal qui utilise les représentations de mots, la psychanalyse nous a aussi appris à entendre d'autres formes de langage et de signifiants qui ne passent pas par le langage verbal, mais sont malgré tout très largement utilisés par la réalité psychique pour tenter de se faire reconnaître, et parfois aussi bien sûr méconnaître.

À partir du rêve tout d'abord, mais aussi à partir de la symptomatologie et des différents types d'actes manqués qu'il a pu analyser, Freud a montré l'existence d'un « langage » qui s'exprime par le biais de « représentation de choses », de symboles non verbaux. Le langage du rêve en est l'exemple le plus classique, mais les rébus, les dessins et la plupart des formes d'expressions qui utilisent le « visuel » et les symboles visuels, peuvent aussi en être de bons exemples. Le langage du rêve ne « dit » pas, il « montre », organise une mise en scène visuelle du fragment de réalité psychique qu'il cherche à représenter. Il montre « en acte » ce qu'il cherche à « dire ».

5.2.3. Langage de l'affect

Enfin, l'être humain dispose aussi d'un troisième système de langage, celui de l'émotion et, d'une manière plus générale, celui de l'affect. Darwin, le premier, a souligné que la valeur expressive des émotions avait, même chez l'animal et a fortiori chez l'humain, valeur de message pour les semblables. L'affect « fait sentir » à l'autre l'état interne émotionnel dans lequel le sujet se trouve. Il transmet l'éprouvé, le ressenti qui accompagne les représentations qui se

manifestent dans une situation, mais aussi une certaine forme de sens, la manière dont le sujet est affecté par ce qui se produit, dont il est mobilisé et agi par ce qui se passe. Il a fallu un certain temps aux cliniciens pour comprendre et accepter que le langage de l'affect et de l'émotion pouvait aussi comporter une dimension inconsciente, une dimension cachée, et qu'un éprouvé manifeste ou son absence pouvait en cacher un autre.

Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple tiré de nos récentes recherches avec M. Berger concernant les enfants hyperviolents : là où la violence se manifestait au premier plan et semblait exprimer surtout une intensité et une crudité particulière des pulsions destructrices, la prise en charge thérapeutique a mis en évidence que cette violence masquait en fait une terreur et une angoisse de voler en éclats. Elle était destinée à masquer cette terreur sans nom. L'affect est aussi un langage et, comme tous les systèmes de communication humaine, il possède une dimension inconsciente, et peut être utilisé dans la transmission des contenus psychiques inconscients.

La réalité psychique inconsciente se fait « entendre » à travers l'appareil de langage verbal, elle se « montre » à travers le langage des représentations de choses et d'acte, elle se fait « sentir » à travers les affects et la vie émotionnelle.

CHAPITRE 2
Une première théorie du sens : l'histoire, l'infantile et le sexuel

1. Vue d'ensemble de la théorie

Nous venons de commencer à présenter les principaux signes et symptômes d'émergence de la réalité psychique. Nous avons souligné au passage que la définition du signe était « pour un sujet », qu'elle dépendait de la subjectivité et donc d'une première forme de « sens » attribuée par celle-ci. Il n'y a pas de signe ou de symptôme sans une certaine forme de théorie du sens, de théorie de ce qui « fait » signe pour la subjectivité. En 1916b, dans ses « Conférences d'introduction à la psychanalyse », Freud définit le sens d'un contenu psychique à partir « de la place qu'il occupe dans la série psychique » et de « l'intention qu'il sert ». C'est donc à cette double question que la théorie psychanalytique tente d'apporter des éléments de réponses, ou plutôt, tente de cerner comment poser au mieux cette double question, dans la mesure où la métapsychologie ne vise pas à apporter des « réponses » à proprement parler.

Si, en effet, la métapsychologie ne donne pas directement le sens des contenus psychiques – dans la mesure où le sens précis d'un symptôme dépend du sujet singulier et donc est idiosyncrasique, propre au sujet, et ne relève pas d'une « théorie » –, elle propose en revanche une conception de la manière dont le sens, et en particulier le sens inconscient du symptôme, est produit, se produit ou a été produit. Elle propose une théorie de ce qui doit être pris en compte dans cette production, des composants qui contribuent à la création de celui-ci et donc aussi du signe et du symptôme. Une théorie, c'est-à-dire un ensemble d'hypothèses pour rendre compte et comprendre les enjeux psychiques présents dans les symptômes, dans « la place qu'ils occupent dans la série psychique » et « l'intention qu'ils servent » au sein de celle-ci.

La métapsychologie psychanalytique propose plusieurs hypothèses majeures, plusieurs énoncés fondamentaux, articulés entre eux, et néanmoins distincts. Je vais maintenant présenter les trois énoncés fondamentaux que son histoire a dégagés pour donner une vue d'ensemble de la théorie.

– Le premier énoncé – ce fut le premier formulé par Freud – est que le signe, le symptôme, porte la trace d'un moment de l'histoire passée, d'une relation, d'une situation ou d'un événement de celle-ci. Il porte une forme de « mémoire » de l'enfance ou plutôt, et nous verrons plus loin quelle est la différence, de l'infantile. Ce qui peut être résumé dans la formule selon laquelle le symptôme est porteur d'un « sens infantile ».
– Ensuite, Freud a cherché à comprendre ce qui est ou avait été déterminant dans le fragment d'histoire dont le symptôme est porteur, à comprendre l'enjeu psychique inconscient et encore actif, présent dans ce fragment d'histoire. L'analyse des moments d'histoire sous-jacents à la symptomatologie l'a alors conduit à l'hypothèse d'une vie pulsionnelle présente dès la plus tendre enfance. Derrière le signe et le symptôme se cachent une motion pulsionnelle, un pan de la vie affective et sexuelle de l'enfance, un mode de relation, un type de rapport, celui de l'enfant à ses premiers objets d'investissement, un mode toujours « actuel » ou actualisable. Le symptôme est donc aussi porteur d'un mode de traitement de la vie pulsionnelle infantile et, nous verrons comment, toujours actuel.
– Enfin, Freud s'est avisé que l'une des caractéristiques de la vie pulsionnelle de l'enfant était son orientation « narcissique », c'est-à-dire qu'elle était « autoérotique » et « autoréférée ». Il a alors avancé l'hypothèse (à propos du délire du Président Schreber en particulier) que le symptôme était porteur d'une autoréférence au moi, d'une « autoreprésentation » du fonctionnement psychique ou d'un moment de celui-ci.

Nous allons maintenant reprendre et développer ces trois volets de la conception psychanalytique du signe et du symptôme. Toutefois, comme la rapide première présentation que je viens d'effectuer le souligne déjà, il est important de conserver en mémoire que ces trois hypothèses ne sont pas antagonistes, pas opposées ou alternatives, mais qu'au contraire elles s'approfondissent et se creusent les unes les autres. C'est dans leur articulation qu'elles prennent tout leur sens et délivrent tout leur intérêt, pour construire le sens « actuel » du signe et du symptôme, celui qui leur confère la valeur d'un message dans la rencontre clinique.

2. Le signe, le symptôme comme trace d'histoire

Le signe, le symptôme comme trace d'histoire est la première proposition, la première hypothèse que Freud a formulée pour tenter de rendre compte de la « logique » singulière qui habite le symptôme, pour comprendre les manifestations de la réalité psychique inconsciente qu'il masque et révèle tout à la fois. C'est à propos de l'hystérique que Freud en 1895b précise une première forme de la conception psychanalytique du « pathos », de la souffrance psychique ; il a alors cette formule restée célèbre : « l'hystérique souffre de réminiscence ». Ce sera l'un des enjeux de son œuvre clinique postérieure que de généraliser à l'ensemble de la psychopathologie ce qui ne lui était apparu d'abord qu'à l'égard de la seule hystérie. Ce n'est qu'en 1937b, dans « Construction dans l'analyse », qu'il achève son entreprise de généralisation à l'ensemble de la souffrance humaine, en comprenant comment la psychose aussi est une manière de « souffrir de réminiscence ». C'est pourquoi l'un des aspects essentiels de la thérapeutique sera fondé sur le fait de replacer les formes de mémoires, inconscientes d'elles-mêmes, dans leur moment historique propre, dans leur temps propre.

La souffrance humaine n'est pas seulement et nécessairement psychopathologique ; il y a une part de souffrance inévitable, inhérente à l'humanité et à la vie humaine, celle qui est liée à la rencontre avec l'impuissance devant certains aspects de la vie, à la rencontre avec les limites, avec les pertes inévitables que la vie inflige, les choix qu'elle nous impose de faire, etc. Puis il y a une souffrance d'une autre nature, même si elle peut se rencontrer à propos des mêmes événements de la vie. Cette souffrance « supplémentaire », proprement psychopathologique, n'est pas seulement directement en rapport avec les difficultés avec lesquelles la vie actuelle nous confronte. Elle est liée à un fragment de notre passé qui vient infiltrer et compliquer de son impact propre notre mode de rapport avec le présent : c'est cela « souffrir de réminiscence » ; c'est souffrir du « retour » d'un pan de notre vie subjective antérieure, passée, dans notre présent, d'un pan du passé qui s'actualise dans le présent, et même tend à superposer son inflexion propre à celle du présent, à abuser la conscience en se présentant comme encore présente, actuelle. Un moment du passé, moment insuffisamment intégré, ou « traumatique », vient hanter le présent et tend à se substituer à lui dans notre éprouvé subjectif, dans le sens que nous lui attribuons. Le symptôme est donc porteur d'une forme de « souvenir ».

Une telle hypothèse implique une conception de la mémoire, des formes que peut prendre la conservation de l'impact du passé, des

formes de mémoire « conscientes » – ce sont les plus classiquement reconnues –, mais aussi des formes de mémoire « inconscientes » du fait d'être des formes de mémoire. Longtemps les psychanalystes ont été les seuls à souligner l'importance des formes de mémoire inconscientes, des modes de « souvenirs », non seulement « refoulés » et susceptibles donc de redevenir conscients, mais aussi des formes de mémoire au-delà du refoulement à proprement parler. Mais, depuis quelques années, les biologistes et certains chercheurs des sciences cognitives commencent eux aussi à différencier certaines formes de mémoire dites « déclaratives », et qui correspondent à ces souvenirs, constitués comme tels et conservés comme tels, de certaines formes d'apprentissage et de mémoire alors dites « procédurales » et qui, elles, ne sont pas conscientes. Cela ne les empêche pas d'être utilisées et d'être actives.

Un certain accord semble donc être actuellement possible sur le fait que l'impact de certains événements de l'histoire passée peut être conservé sous la forme d'une mémoire « déclarée » comme telle, c'est-à-dire subjectivement vécue comme un « souvenir », ou bien sous une autre forme, celle d'un « processus », ou encore d'un « pli » pris au contact de certains événements ou de certains modes de relation.

Au-delà des formes de mémoire qui ne se présentent pas comme des souvenirs, les psychanalystes proposent aussi une hypothèse sur ce qui fait qu'elles ne se présentent pas sous forme de souvenirs. Cette hypothèse est fondamentale dans l'approche métapsychologique de la psychopathologie. Elle invite à considérer que certaines « traces mnésiques », certaines traces d'événements ou de système de relation appartenant au passé et conservées à l'état inconscient sont susceptibles, dans certaines conditions, d'être revivifiées et réactualisées, et de se présenter alors comme s'il s'agissait de données présentes et actuelles. C'est pour cela qu'elles ne se présentent pas à la subjectivité comme des formes de souvenir, mais qu'elles s'imposent comme des sensations, perceptions ou interprétations actuelles : le passé est « halluciné » comme présent, dans le présent.

Les psychanalystes, à la suite de Freud, se sont donc essayés à cerner et mieux définir les autres manières de se « souvenir » sans le savoir, de continuer d'être affecté par des événements du passé sans en avoir conscience, de « souffrir de réminiscence » pour reprendre l'expression de Freud. Nous l'avons laissé entendre plus haut, les symptômes font partie de ces formes de mémoire qui ne se connaissent pas comme telles ; c'est d'ailleurs bien en cela qu'elles produisent des « symptômes » et qu'elles relèvent des formes de la psycho-

pathologie. Mais les affects eux-mêmes peuvent parfois représenter la seule manière dont on se souvient de certaines situations du passé, c'est le fameux « *memories in felling* » de M. Klein. Par exemple, la détresse que certains adultes éprouvent dans certains moments difficiles de leur vie est souvent la seule trace conservée de leur état d'impuissance infantile et revivifiée dans le présent. Les fantasmes eux-mêmes, que Freud présente comme des « sang mêlés », sont porteurs d'une forme de mémoire. Ils portent la mémoire des modes de relation de l'enfance ou des événements tels qu'ils ont été vécus, appréhendés et enregistrés par l'enfant à l'époque de leur survenue, et donc en fonction des particularités du fonctionnement de la psyché infantile et de la vie pulsionnelle qui était la sienne à ce moment-là. Ce qui est resté traumatique dans l'enfance, ce qui a conservé un caractère trop énigmatique pour la psyché infantile, du fait en particulier de son immaturité, tend à continuer de venir se « représenter » à la psyché, et, tels les fantômes qui viennent hanter le présent tant qu'ils n'ont pas pu trouver de digne sépulture, continuent d'avoir des effets « posthumes ».

3. Infantile et théories infantiles

Le constat de l'importance de l'impact subjectif du passé a conduit les psychanalystes, et les cliniciens qui se réfèrent à la psychanalyse, à porter un intérêt particulier à l'enfance et à ce qui, dans celle-ci, était déterminant pour la subjectivité et la construction du sens. Nous aurons l'occasion de reprendre en détail dans les prochains chapitres les différents moments et caractéristiques de l'organisation de la subjectivité de l'enfant, mais pour l'heure il faut commencer par évoquer une distinction importante à laquelle l'exploration clinique a conduit : la différence entre l'enfance et l'infantile.

L'enfance est faite d'événements, de types de relations avec autrui, d'accidents de vie. Ces événements et modes de relation, l'enfant va devoir leur donner un sens pour les intégrer ; il va devoir les signifier, les interpréter au sein de sa subjectivité. Il va les signifier en fonction de son organisation psychique du moment, en fonction de l'état de sa subjectivité, en fonction de ce qui est organisateur et déterminant pour celle-ci à ce moment-là. Il va construire des conceptions et des « théories » du monde ainsi que des relations significatives pour lui, destinées à mettre en sens et à organiser le travail de mise en sens, indispensable à son développement.

L'infantile ce n'est pas l'enfance, même si l'infantile prend naissance dans l'enfance. L'infantile est cette manière particulière de

mettre en sens, de signifier les événements, incidents et accidents de vie, en fonction des données subjectives de l'enfance. C'est la manière dont l'enfant tente de réduire les énigmes auxquelles il est confronté. Par exemple, ce qu'on appelle le « narcissisme » de l'enfant est la manière de l'enfant de « rapporter à lui-même » ce qui se déroule dans sa vie et dans son environnement ; c'est-à-dire la manière avec laquelle il « interprète » les situations en fonction de lui, comme s'il en était à l'origine. Il « théorise » et conçoit à partir de lui, comme s'il avait produit ce à quoi il est confronté. Ou encore – mais l'exemple est tellement central que nous aurons ultérieurement à revenir sur son importance –, l'enfant « théorise » les rapports entre les personnes qu'il côtoie et avec qui il se construit en fonction de son organisation pulsionnelle dominante du moment, à partir des données que lui fournit l'organisation de son plaisir ou de son déplaisir. Lorsque l'organisation « orale » de la pulsion domine, il mange, dévore, incorpore ou excorpore ce qui se produit, est lui-même potentiellement dévoré ou réincorporé. Lorsque c'est l'organisation « anale » qui domine, c'est à partir des caractéristiques de celle-ci – maîtrise, activité, passivité, idéalisation, déchet, etc. – que le monde se trouve être réinterprété. Et ainsi de suite. Le travail de mise en sens des événements et relations par les « théories infantiles », est à l'origine des « fantasmes » infantiles.

Pour résumer d'une phrase la distinction enfance/infantile, je dirais que l'enfance est une période de l'histoire marquée par un certain nombre de faits marquants et importants pour la structuration, alors que l'infantile concerne une manière de représenter les événements, une manière de les « signifier ». L'infantile concerne le travail de mise en sens de l'histoire plus que l'histoire elle-même. Dans cet ouvrage, l'enfance ne sera pas absente, mais ce sont surtout l'infantile et la manière dont la subjectivité infantile construit le sens qui seront au centre de nos développements.

Cela nous conduit à un nouvel énoncé, une seconde proposition fondamentale : *l'inconscient, c'est l'infantile en nous.*

Les logiques qui organisent l'inconscient sont des logiques infantiles. Elles sont issues des vécus, des processus et des « théories » de l'enfance, et résultent autant de ce qui a été énigmatique pour lui, que de la manière dont il a tenté de réduire cette énigme, comment il l'a traitée psychiquement. Mais ces logiques n'ont pas disparu avec l'enfance. Ce que nous avons été, la manière dont nous avons signifié les événements et relations significatives de notre enfance, continue d'exister en nous, d'organiser une partie de notre vie psychique, même si c'est de manière latente, et si l'impact de l'infantile en nous

est devenu inconscient. L'infantile concerne donc aussi l'adulte et ce qui, de ses vécus et expériences infantiles, reste actif en lui, ou peut être ré-activé, ou encore reste « actuel », selon le concept retenu par le vocabulaire de la métapsychologie psychanalytique.

Nous ne pouvons pas quitter notre réflexion sur l'infantile sans évoquer un processus tout à fait essentiel lui aussi dans la compréhension métapsychologique de la vie psychique et du poids de l'infantile dans celle-ci. Nous l'avons dit, nous conservons une trace de tous les moments significatifs de notre histoire, nous conservons une forme de mémoire de ce qui a été important et a contribué à notre construction, d'une manière ou d'une autre ; nous gardons trace de tout. La manière dont nous enregistrons les faits significatifs dépend de la manière dont nous les interprétons sur le moment, du sens que nous leur conférons. Mais la mémoire que nous conservons n'est pas une mémoire « inerte » : elle est vivante. Si, la plupart du temps, les événements sont conservés, ils sont en même temps « réinterprétés après coup » comme le dit Freud, en fonction de l'évolution de notre subjectivité, de notre compréhension du monde, et de l'évolution de notre monde pulsionnel. Comme le prix Nobel de biologie G. Edelman l'a souligné de son côté, la mémoire humaine est « approximative » ou, plutôt, elle est fidèle « au sens près », c'est-à-dire que si une trace des événements est bien conservée d'un côté, elle doit être interprétée et signifiée d'un autre. Puis elle sera resignifiée, réinterprétée, actualisée, en fonction de nos besoins et désirs présents. Cela signifie que nous transformons « après-coup » le sens de ces traces. Ce qui évolue dans notre rapport à notre passé, ce n'est pas tant la « mémoire » que nous avons conservée de celui-ci, que le « sens » que nous lui conférons. Dans la psyché, rien ne se perd, tout se transforme, tout tente du moins de se transformer pour être intégré. J'introduis ici une nuance – tout « tente » de se transformer –, car précisément la possibilité de transformer, de réinterpréter après-coup des données du passé pour les intégrer dans le présent de notre expérience subjective, pour leur permettre de suivre l'évolution de notre maturation est une conquête de la vie psychique. Cette conquête échoue parfois à s'effectuer, comme dans les situations « traumatiques ». Une telle impossibilité de transformation est d'ailleurs ce qui définit le traumatique dans la vie psychique. Le traumatique reste fixe, fixé, tel que lui-même, parce qu'il n'arrive pas à recevoir un sens qui le rend intégrable et donc susceptible d'évolution.

D'une certaine manière, ce qui reste « infantile » c'est le non-transformé ou le pas assez transformé de notre expérience subjective, de notre histoire spécifique, le trop « actuel » (ce qui continue d'agir en nous comme si c'était encore présent) et le pas assez « actualisé »

(pas assez transformé en fonction de notre présent), ce qui tend à se répéter tel quel. Ainsi s'établit une dialectique entre le poids du passé et celui de notre actualité. D'un côté nous abordons le présent en fonction de ce que fut notre passé, à l'aide des schèmes que celui-ci nous a permis de construire, mais d'un autre côté nous réinterprétons le passé, ou du moins une partie de celui-ci, en fonction de ce que le présent nous apprend. Ce va-et-vient est essentiel à notre vie psychique, mais il arrive qu'il se fige, se « fixe », si la situation rencontrée déborde nos capacités de mise en sens, si elle prend un caractère « traumatique ».

La question du traumatique nous conduit maintenant naturellement à dire quelques mots de ce qui est déterminant dans la construction de la dimension infantile de la vie psychique, de ce qui est organisateur de la construction infantile du sens subjectif, et donc aussi de ce qui peut faire échouer celui-ci. Là encore, l'exploration des cliniciens de la psychanalyse a apporté une lumière tout à fait essentielle en situant dans la vie pulsionnelle ou, plutôt, dans « l'organisation » de la vie pulsionnelle le vecteur fondamental de la mise en sens.

Ce sera notre troisième proposition : ce qui est déterminant dans la mise en sens infantile ou dans son échec est « le sexuel infantile ».

4. Sexuel infantile

La référence au sexuel en psychanalyse est généralement mal comprise. On a pu faire de la psychanalyse un « pansexualisme », une théorie qui verrait du sexuel partout et dans tout.

La référence au sexuel en psychanalyse est d'abord une référence au caractère déterminant et premier, fondamental, du couple plaisir/déplaisir dans le vécu et les réactions de la psyché, et de la psyché infantile particulièrement, dans la manière dont elle appréhende le monde, et le signifie. Les affects de plaisir et de déplaisir sont en effet les premières formes de « sens » que la psyché confère aux événements qui l'affectent. C'est le premier « jugement » qu'elle produit, celui que Freud a appelé le jugement d'attribution. « Cela est bon, je veux le mettre en moi » ou « cela est mauvais (déplaisant) et je veux le rejeter de moi ». Les pulsions vont alors contribuer au processus d'intériorisation de l'expérience subjective, à son intégration dans le moi ou, à l'inverse, à son ex-corporation, sa projection, ou aux formes d'évacuation que la psyché va mettre en œuvre.

Bien sûr, la psyché ne peut en rester là. Rejeter le déplaisant ne permet pas la survie ; il faut bien prendre en compte ce qui est, même si cela provoque plutôt un affect de déplaisir ; il faut bien « apprendre »

à le prendre en compte, c'est ce que Freud a appelé le principe de réalité. Mais il faut alors trouver un moyen de rendre ce qui provoque d'emblée plutôt du déplaisir suffisamment plaisant pour pouvoir l'accepter et l'intégrer. C'est l'une des grandes questions de la vie psychique, qui détermine le « cours des événements psychiques ». La psyché va devoir mettre en jeu ce travail de « transformation » psychique, selon le concept de W. Bion, ou de « transposition » selon celui de Freud. Comme nous le verrons plus en détail dans le chapitre suivant, la pulsion se présente alors comme « une exigence de travail psychique » (Freud) ; c'est elle qui met en mouvement la vie psychique, qui la contraint à trouver des « solutions » pour traiter les excitations qu'elle implique.

Comme cette rapide évocation le laisse entrevoir, la pulsion et la vie pulsionnelle participent, sous une forme ou une autre, aux différents temps de la vie psychique. Elles apportent leur contribution spécifique, leur sens propre, aux différents moments et temps du processus psychique. C'est pourquoi leur référence est inévitable dans l'approche des faits psychiques, dans l'approche du sens des faits psychiques, de la « place qu'ils occupent dans la série psychique », et de « l'intention qu'ils servent ».

Ainsi, les « théories » à partir desquelles l'enfant « signifie » son expérience du monde et de lui-même, celles que nous avons évoquées plus haut, sont des « théories sexuelles infantiles ». Elles sont des théories du plaisir et du déplaisir, des théories de ce qui provoque le plaisir, des théories de ce qui fait souffrir, de ce qui soulage, de ce qui soigne, des théories du traitement de la pulsion (et par la pulsion) et des grandes énigmes qu'elle produit dans la vie psychique. La métapsychologie psychanalytique ne prétend donc pas trouver un « sens sexuel » aux différentes manifestations de la réalité psychique ; elle souligne plutôt le caractère « sexuel » du sens, des premières formes de mise en sens de l'expérience subjective.

Avant de reprendre plus en détail la présentation du concept de pulsion, concept central de la métapsychologie et donc central pour une psychopathologie qui s'appuie sur celle-ci, il me faut encore dissiper un malentendu qui affecte la compréhension de la question du sexuel et de la place de la pulsion dans la conception que nous présentons de la vie psychique.

Le terme de sexualité réfère à un comportement, à la mise en acte d'un certain nombre de désirs, c'est-à-dire à une certaine forme de réalisation, de tentative de réalisation des désirs, de mise en œuvre de ceux-ci dans la relation à l'autre ou la relation à soi-même. Le terme de sexuel, que nous préférons utiliser, réfère, quant à lui, à un éprouvé

subjectif, que celui-ci s'accompagne ou pas d'une mise en acte. Bien sûr, le sexuel n'est pas sans rapport avec la sexualité, qui est une importante source de plaisir. Mais il se réfère surtout à la vie pulsionnelle interne, à la place des pulsions dans le processus psychique, dans les processus d'intériorisation ou d'externalisation des contenus psychiques, processus d'appropriation subjective par lesquels le sujet « introjecte » et intègre sa vie affective ainsi que les désirs que celle-ci comporte. Le sexuel donne le « modèle » de notre rapport subjectif interne à l'autre et à nous-même ; il met en scène comment les choses « rentrent » en soi, comment « ça rentre », comment « ça sort », dans le corps, dans la psyché. Le sexuel définit des modalités intrapsychiques, que celles-ci s'accompagnent ou pas de manifestations dans le comportement sexuel, dans la sexualité du sujet.

CHAPITRE 3
La pulsion et ses sources

La pulsion est l'un des concepts fondamentaux de la conception métapsychologique de la vie psychique, de l'analyse du « cours des événements psychiques » aussi bien courants que relevant d'une psychopathologie. La pulsion est ce qui met en mouvement le processus psychique, ce qui provoque le travail psychique. « L'exigence de travail psychique », dit Freud, est ce qui conduit la vie psychique à s'organiser. C'est aussi à partir de la pulsion que « l'appareil psychique », ou la psyché, selon le raccourci habituel que j'utilise plus couramment, va pouvoir être décrit dans ses différents aspects. Freud a proposé de considérer qu'une description métapsychologique du processus psychique devait pouvoir s'effectuer selon trois points de vue : les points de vue économique, dynamique et topique, que nous allons rapidement définir avant de reprendre notre exposé des concepts essentiels de la conception de la vie psychique que propose la métapsychologie.

1. Description de la vie psychique selon trois points de vue

Nous avons commencé à présenter le *point de vue économique* quand nous avons souligné que la métapsychologie décrivait la psyché comme parcourue par une ou des forces d'intensité variable : les pulsions.

Cependant, les forces, les pulsions qui animent la vie psychique ne sont pas toutes en harmonie ; elles peuvent rentrer en conflit, luttes et opposition les unes avec les autres, ou avec d'autres formations psychiques, le moi, le surmoi – qui représente la partie de la psyché contenant les règles de fonctionnement auxquelles le moi doit se soumettre –, ou certains pans de ceux-ci. Ces conflits contraignent la psyché à trouver des « solutions », des compromis, à composer avec les différents mouvements et intérêts psychiques. La description et l'analyse des conflits

psychiques et de la manière dont la psyché tente de les traiter constituent ce que Freud appelle le *point de vue dynamique*.

Dans le traitement et la métabolisation des conflits, la psyché est conduite à refouler ou éconduire, d'une manière ou d'une autre, certaines motions pulsionnelles, ou certains représentants pulsionnels. Elle est conduite à s'organiser, à différencier certains lieux et certains temps. L'analyse et la description de la psyché, comme formée de lieux différenciés, séparés par des formes de barrières, de frontières, des lieux différenciés où s'exercent des « lois » différentes où les contenus psychiques ne sont pas traités de la même manière, constituent ce que Freud a appelé le *point de vue topique* de la métapsychologie.

Il a proposé une première forme de topique, classiquement définie à partir des trois « lieux » qui la composent : le conscient, le préconscient et l'inconscient. Puis à partir de 1923, il s'aperçoit qu'il y a plusieurs modalités d'« inconscience », plusieurs modes de rapports subjectifs différents, de relations différentes aux contenus psychiques. Il complexifie alors le premier modèle pour présenter l'appareil psychique comme formé de trois lieux, de trois « systèmes » de traitement de la vie psychique pour lesquels il propose les termes de ça, de moi et de surmoi.

La seconde description topique ne fait pas disparaître la première, elle « prend » le problème autrement, se dialectise avec celle-ci. Ainsi, le moi de la seconde topique possède une partie inconsciente, une partie préconsciente et une partie consciente, de même que le surmoi. Le ça est alors considéré comme le « réservoir » des pulsions, comme le fond de la psyché à partir duquel les autres parties vont devoir se différencier ; il est donc « inconscient » en un autre sens.

On a pu évoquer la question de la pertinence d'un quatrième point de vue, centré sur la genèse des processus, sur leur développement, le *point de vue « génétique »*. Sans entrer dans le débat qui s'est développé à ce propos, il n'est sans doute pas inutile de considérer un point de vue qui retrace l'historique de l'appareil psychique, histoire des forces, des dynamiques, de l'organisation topique, etc. C'est d'ailleurs à partir d'un tel point de vue que les chapitres qui suivent seront en partie rédigés, c'est-à-dire en suivant l'histoire de la construction de la subjectivité et de l'appareil psychique.

Dans la démarche clinique qui caractérise l'approche métapsychologique en psychopathologie, le point de vue économique est premier. La pulsion est ce qui donne le sens, la direction du processus psychique, son vecteur. Il faut donc toujours partir de l'expérience subjective et, au sein de celle-ci, de la pulsion, de l'excitation, du « corps », et de la contrainte que la pulsion exerce sur la psyché, de

l'exigence de « travail psychique » qu'elle impose. La question de l'investissement est centrale, car elle commande celle du sens ; on passe du sens de la force à la force du sens. La pulsion est la force qui donne le premier sens, qui donne la direction de l'investissement. Ce qui attire l'attention de la psyché, c'est ce qu'elle investit, et elle l'investit en fonction de la pulsion. Il y a donc ce qui se passe, et la manière dont ce qui se passe est investi, dont cela devient « signifiant » pour la psyché. Ainsi la perception, la réalité extérieure doivent-elles être « pulsionnalisées », investies par la pulsion pour prendre sens.

Pour dire les choses autrement, dans une formulation sur laquelle nous aurons à revenir, Freud a proposé, à différentes reprises, de considérer que l'expérience subjective se présentait à la psyché sous la forme d'une « matière première », que la vie psychique va petit à petit travailler, transformer, transposer, pour « produire » le sens. Cette « matière première » est hypercomplexe ; elle amalgame en une forme première différentes perceptions, différentes sensations, mais aussi différentes « motions pulsionnelles », différents mouvements pulsionnels qui animent celle-ci et représentent la manière dont la psyché investit ce qui se produit, dont elle vectorise le « travail psychique ».

2. Vocabulaire de la vie pulsionnelle

Avant de passer à la présentation des principes qui gouvernent le processus psychique, il me semble nécessaire de préciser aussi le sens de quelques termes utilisés dans le vocabulaire de la vie pulsionnelle, et qui cherchent à cerner certaines modalités de la manière dont elle est subjectivement vécue.

Le premier de ceux-ci est celui d'*excitation*. Il désigne un état de la pulsion peu organisé, peu représenté dans son but, son objet. L'excitation est diffuse, la direction n'est pas très précise, mais il y a néanmoins l'idée d'une tension à évacuer d'une manière ou d'une autre.

Le terme de *pulsion* désigne un état de l'excitation vectorisée, organisée vers un but, qui possède une poussée directionnelle.

Le terme de *motion* pulsionnelle est utilisé pour évoquer un mouvement pulsionnel, une composante de la pulsion. La plupart du temps, ce que l'on appelle en clinique une pulsion concerne en fait une motion pulsionnelle. La pulsion elle-même est une entité théorique ; l'entité clinique est plutôt celle de la motion pulsionnelle – c'est la manière dont la pulsion se manifeste.

Le *désir* désigne lui une poussée pulsionnelle, une motion pulsionnelle appropriée par un sujet, reprise à son compte par le sujet. On

peut en effet accepter la poussée pulsionnelle – on se sent alors porteur d'un désir –, ou au contraire en refuser la teneur, la représentation ou la force, et la pulsion peut produire une crainte, une menace, une effraction potentielle pour la psyché.

Ces différents termes tentent de préciser non seulement l'existence de la pulsion, mais aussi son degré d'organisation, et la position que la psyché prend à l'égard de la poussée pulsionnelle, la position subjective qu'elle adopte.

Nous allons maintenant présenter les propositions centrales de la métapsychologie psychanalytique concernant les principes organisateurs de la vie psychique. Ils sont au nombre de trois, qu'il nous faut présenter dans la « logique » de leur découverte et de leur impact sur le cours des événements psychiques : d'abord le principe du plaisir/déplaisir, puis sa dialectique avec le principe dit de réalité, enfin cet « au-delà » du principe du plaisir que représente pour Freud la « compulsion de répétition » ou la « contrainte » de répétition.

3. Principe du plaisir/déplaisir

3.1. Première définition

Le principe du plaisir/déplaisir est le principe fondamental de la régulation de la vie psychique, celui qui règle l'économique et le jeu de la force, le rapport de la psyché à la pulsion, aux pulsions. Dans sa formulation la plus simple mais la plus essentielle, le principe du plaisir/déplaisir énonce que la psyché tend à sélectionner et retenir ce qui est source de plaisir, et à éviter ce qui est source de déplaisir. Nous verrons plus loin que lorsque la psyché ne peut *éviter* le déplaisir, elle peut aussi tenter de l'*évacuer*, tenter d'expulser les expériences de déplaisir. Une recherche récente, fondée sur l'observation clinique d'un très grand nombre de bébés et d'enfants « normaux », conduite aux États-Unis par le psychanalyste de la première enfance R. Emde, confirme largement que des enfants qui vont suffisamment bien « recherchent » les situations qui leur procurent du plaisir et évitent, toutes les fois qu'ils le peuvent, les situations de déplaisir.

C'est donc sans doute le principe fondamental qui détermine le « cours des événements psychiques », et ni Freud ni ses successeurs n'ont varié sur le caractère fondamental de ce principe. En revanche, sa pertinence va étroitement dépendre de la définition ou de la conception du plaisir et du déplaisir qui doit l'accompagner ou la compléter pour lui donner tout son sens. Cela va entraîner toute une série de complexifications des premières formulations.

Le principe du plaisir/déplaisir se propose comme un principe de sélection qui organise et vectorise la vie psychique. La psyché recherche les situations de plaisir et cherche à éviter les situations qui produisent du déplaisir.

Selon la première définition du plaisir de Freud, le plaisir est fondé sur la baisse de la tension au sein de la psyché, et inversement, le déplaisir sur l'augmentation de cette tension.

La figure 3.1 permet de visualiser cette première conception considérée en absolu.

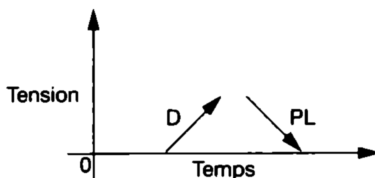


FIGURE 3.1. PRINCIPE DU PLAISIR (PL)/DÉPLAISIR (D) : PREMIÈRE DÉFINITION.

Mais bien sûr cette première formulation, qui donne son orientation générale au principe, va devoir être petit à petit infléchie et modifiée, au contact de la clinique.

3.2. Complexification du principe de plaisir-déplaisir : notion de seuil

La première complexification est liée à la découverte de la nécessité clinique de prendre en compte la question d'un seuil, d'une limite à la décharge. L'augmentation ou la baisse des tensions peuvent être considérées « en absolu », ou bien « relativement à un seuil ». En effet, la clinique montre que certaines montées de tension s'accompagnent en fait de plaisir ; par exemple, la montée de tension des excitations de la sexualité, qui commence par être éprouvée comme une tension de plaisir. À l'inverse, la clinique montre que la baisse de tension dans les états dépressifs, la perte du tonus qui les accompagne, est éprouvée comme déplaisir. Freud a alors proposé l'idée que c'est la variation autour d'une valeur constante qui donne sa couleur à l'affect. Toute diminution ou toute augmentation de tension autour de la constante provoque un affect de déplaisir, tout mouvement pour rétablir la valeur constante provoquant, lui, un affect de plaisir.

La figure 3.2 permet de visualiser l'effet de l'introduction d'un seuil dans le schéma précédent.

Cependant, Freud remarque que les deux « modèles » du plaisir qu'il propose ne sont pas seulement des « théories » différentes du

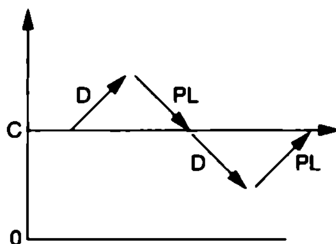


FIGURE 3.2. PRINCIPE DU PLAISIR (PL)/DÉPLAISIR (D) : INTRODUCTION D'UN SEUIL. C : CONSTANTE.

plaisir, mais qu'ils correspondent en fait à deux modes de fonctionnement présents dans la psyché, à deux modèles qui appartiennent à des systèmes psychiques différents mais qui coexistent et se conflictualisent dans la vie psychique.

Il y a des parties de la psyché qui fonctionnent selon le schéma en « absolu », d'autres qui fonctionnent sur le modèle avec seuil ; les différents systèmes entrent en conflit, s'opposent et se composent.

Une tendance vise à décharger les tensions jusqu'au niveau zéro, ou au niveau le plus bas possible : Freud a proposé l'appellation de « principe du nirvana » pour désigner cette tendance qui caractérise certains systèmes psychiques, ceux qui sont gouvernés par le « processus primaire ». Dans celui-ci, la pulsion, et donc la tension qu'elle provoque, tend à être déchargée « jusqu'au bout », selon une forme que l'on peut énoncer de la manière suivante : « Tout, tout de suite, tout seul, tout ensemble ». Elle correspond à la forme de plaisir que J. Lacan a appelé la « jouissance ». Nous verrons, dans les chapitres qui suivent, comment elle est produite dans l'histoire de la subjectivité.

Dans l'autre tendance, la décharge ne doit être que « relative » et suppose qu'une certaine quantité d'investissement est nécessaire et même indispensable à la cohésion psychique. Une certaine quantité de libido doit investir le moi pour que celui-ci se maintienne et « survive ». L'idée d'une baisse de tension sur le modèle d'une « décharge » cède alors la place à un modèle dans lequel la pulsion et les tensions qu'elle implique sont en fait des « investissements ». La formulation de ce principe de fonctionnement introduirait alors une forme de règle de fonctionnement qui caractériserait les « processus secondaires », et que l'on pourrait formuler de la manière suivante : « Non tout, non tout-de-suite, non tout-seul, non tout-ensemble ».

L'introduction d'un seuil commence en outre à introduire un élément qualitatif dans la définition du plaisir et du déplaisir – l'idée que le « contexte » de la variation de tension doit être pris en

compte –, et introduit la question d'un autre type de sens. C'est alors sur le fond de cet investissement constant que les variations prennent sens, qu'elles sont ressenties comme des « variations », et donc comme des affects de plaisir ou déplaisir particuliers. La nécessité d'une base d'investissement « constant » pour la psyché a été appelée « principe de constance » par Freud.

Comme la constance suppose qu'une certaine quantité d'énergie ne soit pas déchargée et évacuée mais, à l'inverse, qu'elle soit contenue et retenue dans la psyché, Freud a suggéré l'idée que la constance devait être le fruit de la transformation d'une certaine quantité de déplaisir en plaisir. Cela a ouvert la question de la nature de cette transformation du ou des processus par lesquels elle est produite.

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour rendre compte de la transformation d'une certaine quantité de déplaisir, liée au maintien d'une certaine tension, en plaisir de se sentir auto-investi.

La première est celle de l'action d'un certain « masochisme » de base de la psyché, de l'aptitude à endurer une certaine tension en transformant l'affect de déplaisir en plaisir, par retournement de son éprouvé manifeste.

La seconde a conduit à un second niveau de complexification en commençant à introduire les aspects qualitatifs du plaisir liés à la prise en compte de la régulation économique de la psyché en relation avec des « objets » qu'elle investit. Il faut alors considérer non seulement les modifications qui se produisent en son sein, « les décharges », mais aussi les échanges d'investissements qui s'établissent avec les objets investis.

3.3. Complexification et aspects qualitatifs du principe de plaisir/déplaisir : objets investis

Investir un objet, c'est « placer » des motions pulsionnelles en lui ; d'une certaine manière, c'est « décharger » les tensions sur lui, en lui. Mais si l'objet investit en retour le sujet, le « placement » produit un retour d'investissement et donc de charge, et le moi se trouve être réinvesti en retour.

Une autre manière d'analyser ce processus est de considérer qu'il y a plusieurs manières de faire baisser les tensions ou d'en transformer l'impact psychique. On peut « décharger » la tension, l'orgasme sexuel étant le modèle même de cette décharge, avec aussi l'expression violente d'une colère. Mais l'on peut aussi dompter et canaliser l'excitation, et ainsi la « lier », lui faire perdre son caractère de « tension à décharger », pour qu'elle prenne la valeur d'une forme de l'investissement, et ainsi la

transformer en énergie d'investissement et de liaison ou de lien. On parle de « liaison » quand l'investissement concerne des « objets » intrapsychiques, par exemple des représentations psychiques ou encore le moi lui-même. On parle de « lien » quand l'investissement concerne des « objets » autres-sujets, des objets externes. La décharge « dans » un objet peut donc aussi s'accompagner d'un investissement de l'objet, ou prendre la forme d'un investissement de l'objet, se lier à lui et s'inscrire dans un échange avec l'objet.

Mais, à partir du moment où la pulsion est devenue investissement de l'objet, ses formes de satisfaction vont devoir prendre en compte les caractéristiques de l'objet, car l'objet est un autre-sujet. Elles vont de la sorte se charger de toute une série de données qualitatives. C'est ainsi, en particulier, que s'effectue l'éducation du plaisir et de ses formes chez l'enfant, à partir de l'investissement des objets parentaux et de la nécessaire « intériorisation » des différents prescriptifs que ceux-ci introduisent dans la relation. Ce processus permet de comprendre le principe de réalité de Freud, suppléant petit à petit le principe de plaisir. Le principe de réalité est une forme transformée du principe de plaisir premier, par la prise en compte de la réalité de l'objet, d'une économie du plaisir qui respecte au mieux à la fois les exigences pulsionnelles et celles de l'autoconservation. Le principe de réalité et le principe de constance sont donc en lien étroit : le premier doit prendre en compte le second, qui représente l'un des impératifs de l'organisation et de l'investissement du moi.

3.4. Complexification du principe de plaisir/déplaisir : compulsion à la répétition

Ces considérations nous conduisent à la troisième étape de la complexification que le principe du plaisir/déplaisir a dû subir, celle de la prise en compte de la compulsion à la répétition. En 1920, dans un essai intitulé *Au-delà du principe du plaisir*, dans lequel Freud tente de donner une place, dans la théorie, aux difficultés que révèlent la clinique du *traumatique*, celle de la *mélancolie* et, par certains côtés, aussi celle du *masochisme*, il s'avise que, dans les conjonctures cliniques évoquées, le processus psychique semble s'accompagner de la répétition d'expériences « n'ayant pas entraîné de satisfaction ». Un tel mouvement semble contraire au principe du plaisir, il semble témoigner de l'existence d'une *contrainte* de répétition qui s'exerce « au-delà du principe de plaisir ».

Comment comprendre le motif et l'action de cette compulsion de répétition, qui conduit certains sujets à répéter des expériences qui s'accompagnent de déplaisir, dans lesquelles, même, le déplaisir est une caractéristique centrale ?

C'est à son propos que Freud s'interroge sur l'existence d'une « pulsion de mort », sur l'action, souvent muette, d'une force qui vise à la destruction, à l'autodestruction du sujet, d'une force qui finit toujours par gagner la bataille. Freud présente cette hypothèse comme « spéculative », mais la découverte par les biologistes actuels du mécanisme de l'apoptose, c'est-à-dire d'un mécanisme biologique qui commande le vieillissement et la mort cellulaire, permet de donner un certain crédit à la « spéculation » de Freud.

Cependant, cette hypothèse, qui donne lieu à de nombreuses controverses chez les psychanalystes, reste invérifiable. Elle représente une manière d'interpréter l'existence d'une contrainte de répétition qui doit être discutée à partir d'autres hypothèses complémentaires, plus encore qu'antagonistes.

Nous avons dit que c'était la clinique du traumatisme et du « traumatique » qui conduisait Freud à se pencher sur les processus « au-delà du principe du plaisir ». La situation traumatique semble se répéter telle quelle, sans transformation, alors qu'il s'agit d'une situation qui a entraîné sidération et douleur psychique, donc déplaisir.

Une première hypothèse a été d'avancer que la situation traumatique était répétée pour tenter de « décharger », d'abréagir, d'évacuer son impact traumatique. Évacuer de la psyché la trace du traumatique, mais peut-être aussi répéter dans l'espoir de pouvoir enfin trouver une autre issue au traumatisme. Trouver une autre issue, c'est-à-dire répéter « pour le plaisir », pour trouver du plaisir, pour transformer et rendre agréable ce qui fut traumatique, pour y parvenir enfin, pour trouver le plaisir nécessaire à leur intégration. Il faut que les expériences subjectives présentent suffisamment de plaisir pour être acceptables et intégrables. Quand une expérience subjective ne comporte pas suffisamment de possibilités de plaisir, elle n'est pas intégrable ni transformable, elle reste enregistrée telle quelle.

Donc, si d'un côté la compulsion de répétition reproduit les expériences traumatiques, si elle tend à les reproduire à l'identique, c'est certes du fait d'une compulsion à répéter, mais c'est aussi pour « lier, explorer, découvrir » d'autres solutions. Il est important de souligner que, dans l'espace thérapeutique, c'est cette dernière propriété qui sera le plus possible développée et entendue ; elle ouvre la possibilité que la répétition soit l'occasion d'un changement.

Une dernière remarque me permettra de conclure sur la question du principe du plaisir et de la compulsion de répétition. En réalité, on ne répète jamais, on ne baigne jamais deux fois dans le même fleuve, la vie suit son cours, et le temps inexorablement le sien. La répétition est un vécu subjectif, c'est une manière de vivre les événements

« comme s'ils se répétaient », comme si ce qui se produisait là maintenant pouvait être la répétition d'une scène antérieure. Bien sûr aussi, quelque chose se répète, se répète toujours, la vie a aussi toujours ses constances, les pulsions ne s'usent pas, mais le fait d'être sensible à ce qu'il y a de différent ou de semblable relève d'une position subjective particulière.

4. La pulsion et ses sources

Après avoir montré l'importance de la pulsion dans la construction du sens, et dans la régulation d'ensemble de la vie psychique, nous pouvons maintenant rappeler l'essentiel de la conception psychanalytique de la pulsion, qui, comme nous allons le voir, est un concept « bien connu » et, en même temps, largement ignoré dans sa complexité, parfois contesté sans être vraiment compris.

Comme nous l'avons dit quand nous avons évoqué le point de vue quantitatif, le concept est forgé pour décrire la force qui préside à l'investissement, celle qui donne la direction du mouvement psychique, qui décrit la tension qui porte et pulse la psyché. Freud présente la pulsion comme un « concept-limite », comme le lieu de l'articulation entre le corps et la psyché. C'est un concept « interface » entre soma et psyché. Il part du corps, du soma, et représente « l'exigence de travail imposé à la psyché du fait de son lien avec le soma ».

Mais la pulsion doit elle-même être « représentée » dans la psyché. Elle produit des « représentants-psychiques » qui sont les formes par lesquelles nous pouvons connaître la pulsion. Freud dit aussi que la pulsion est la « mythologie » des psychanalystes ; c'est un concept, pas une chose, c'est une proposition « théorique » qui postule l'existence d'un être psychique qui n'est pas directement connaissable, si ce n'est par l'intermédiaire de ses « représentants-psychiques ».

Ceux-ci sont au nombre de trois :

- le représentant-affect, qui regroupe toutes les formes de ce qui affecte la psyché : sensation, émotion, passion, sentiment, humeur ;
- le représentant-représentation de choses, que nous avons déjà évoqué et dont les images qui composent le rêve sont l'exemple majeur ;
- le représentant-représentation de mots, qui correspond à l'appareil à langage.

À côté de la source somatique de la pulsion, sur laquelle nous aurons à revenir, certains auteurs contemporains, J. Laplanche en particulier, insistent sur le fait que l'objet premier avec qui le sujet doit se construire est également une source d'excitation et donc aussi une source composante de la pulsion. Nous ne pouvons pas, dans le

cadre de cette présentation, rentrer dans les détails de telles controverses de spécialistes, mais il est vrai que Freud conçoit la pulsion comme un ensemble complexe qui se compose de quatre pôles, un « montage » de quatre composants, quatre facteurs : la source, l'objet, la poussée et, enfin, le but.

- La *source* est le lieu somatique d'où semble se produire la pulsion. C'est à partir de la source que les motions pulsionnelles ont été nommées. On parlera ainsi d'une pulsion « orale », « anale », « phallique ». Mais nous verrons plus loin que la question est en fait plus complexe, et que ces termes décrivent aussi des modèles de l'activité pulsionnelle, qu'ils modélisent aussi des processus d'internalisation ou d'externalisation.
- L'*objet* est ce par quoi la pulsion se « satisfait », ce dans quoi elle s'accomplit, avec lequel elle se « décharge » ou se lie. L'objet donne la direction, le vecteur désigné à la motion pulsionnelle.
- La *poussée* désigne l'impulsion qui meut la pulsion, mais aussi la manière dont celle-ci est vécue.
- Le *but* est le plaisir et le modèle du plaisir visé, ses modalités particulières.

Le tableau 3.1 me permet de synthétiser le modèle de la pulsion qui se profile alors et qui permet de « visualiser » l'ensemble des « entrées » de la question de la pulsion, mais aussi les ramifications multiples qu'elle implique. Nous verrons alors pourquoi, à partir de la pulsion et des différents composants de celle-ci, il est possible de rencontrer et de « couvrir » les grandes questions de la vie psychique et de la psychopathologie : celle du modèle de la satisfaction pulsionnelle, celle de la répartition des investissements vers soi ou l'autre, celle de l'éprouvé de la poussée pulsionnelle, celle du régime économique du plaisir.

5. Source et théorie de l'étayage

Pour bien comprendre le modèle de la pulsion et ses différentes caractéristiques, en particulier sa double articulation avec le soma et avec l'objet, il faut l'insérer dans la théorie de l'étayage, qui lui donne son sens dans la pensée de Freud, et dans la conception d'ensemble de la vie psychique qu'il propose.

Les zones corporelles qui sont considérées comme des lieux-sources des motions pulsionnelles sont aussi des zones essentielles pour l'autoconservation. Il existe des pulsions d'autoconservation, dont la faim donne le meilleur exemple, et qui produisent un plaisir spécifique quand elles sont satisfaites, le plaisir de l'autoconservation.

TABLEAU 3.1. TABLEAU GÉNÉRAL DE LA PULSION

Source[1]	Objet[2]	Poussée[3]	But[4]
– Orale	– Externe/interne	– Vécue	– Décharge/ liaison
– Anale – Phallique	– Moi/autre	– Effractif/ intégratif	– Au-delà du principe de plaisir/déplaisir
– Zones érogènes : œil (scopique), oreille, génitale, etc.	– Partie de soi – Partie de l'autre – Total/partiel – Représentation/ perception d'objet	– Différence de force – Intensité – Facteur biologique	– Inhibé/but – Sublimé – Détourné – Actif/passif

[1] *Source.* Nous retrouvons les différentes « sources » somatiques classiquement décrites, orale, anale phallique, mais aussi celles qui ont été introduites ensuite pour inscrire le plaisir de voir, ou celui d'entendre, ou les autres zones érogènes du corps. Cependant, il est clair que, s'agissant de l'œil ou de l'oreille, le modèle de base touche à sa limite, qu'il commence à se métaphoriser, car ce n'est que par analogie que les choses « rentrent » dans, ou « sortent » de l'oreille ou l'œil.
[2] *Objet.* L'objet peut être interne – c'est alors une représentation – ou externe – c'est un autre-sujet connu à partir de la perception. Le moi peut être pris comme objet, l'investissement est alors dit « narcissique ». Quand l'autre est pris comme objet, l'investissement est dit « objectal ». La perversion met en évidence que l'on peut investir uniquement une partie de l'objet traitée comme le tout de celui-ci ; l'objet est alors appelé « objet partiel » et l'on parle d'une « relation d'objet partielle ».
[3] *Poussée.* La poussée pulsionnelle varie selon son intensité, selon peut-être des facteurs constitutionnels ou biologiques. La poussée peut être tantôt vécue comme effractive, comme une menace, tantôt à l'inverse comme une force.
[4] *But.* Si le but de la pulsion est toujours le plaisir, nous avons vu plus haut que le modèle de celui-ci peut varier en fonction de la transformation que la psyché fait subir au destin pulsionnel : décharge totale, décharge partielle. Mais la motion pulsionnelle peut être aussi « inhibée quant au but », c'est-à-dire qu'elle ne va pas jusqu'à la décharge, qu'elle est inhibée avant la décharge, s'arrête à la simple représentation de l'objet, plutôt qu'elle ne s'assouvit effectivement en lui. Ce processus caractérise ce que l'on appelle la « sublimation ». Enfin, Freud a différencié les pulsions à but passif, dans lesquelles l'activité pulsionnelle vise à obtenir satisfaction en position passive, des pulsions à but actif, où c'est d'une position active que la satisfaction est attendue. Dans les deux cas, la pulsion est active, mais c'est la « posture » de satisfaction qui varie ; on peut se mettre activement dans une position passive.

Cependant, les zones par lesquelles se satisfont les pulsions d'autoconservation sont également des zones érogènes, c'est-à-dire qu'elles sont sources d'un plaisir lié à l'excitation de la zone, et indépendant de l'autoconservation elle-même, comme les plaisirs de succion de l'oralité le montrent abondamment. Ce sont des zones corpo-

relles qui seront aussi impliquées dans les plaisirs préliminaires de la sexualité adulte – baisers, caresses, etc.

Ainsi, au plaisir de la satisfaction de l'autoconservation vient se mêler le plaisir lié à l'excitation des zones érogènes. Mais ces mêmes zones sont aussi des zones plissées du corps, des zones « trouées », des zones de passage et d'échange entre le monde du dehors et le monde du dedans, des zones par lesquelles ce qui est « bon » du monde extérieur va être mis à l'intérieur, et inversement, ce qui est « mauvais » dans le monde du dedans va être rejeté. Ce sont donc des zones d'intériorisation et des zones d'excorporation, des zones d'extériorisation.

Enfin, ce sont des zones d'échanges avec les « objets » primordiaux : les contacts, les soins liés à l'autoconservation sont l'occasion d'une rencontre privilégiée avec les objets premiers, d'un plaisir de la rencontre avec l'objet, qui vient aussi se mêler aux autres composants du plaisir que nous avons évoqués : le plaisir de l'autoconservation et le plaisir lié à l'érogénéité de zone.

Freud a tenté de tirer les conséquences de cette intrication des différents composants de l'expérience de satisfaction première : c'est la théorie de l'étayage, qui comporte différentes propositions.

- En premier, les pulsions sexuelles s'appuient sur les pulsions d'autoconservation ; c'est à propos de la satisfaction de celles-ci qu'elles sont stimulées et particulièrement activées. Cela fait de la mère la première « séductrice » des pulsions sexuelles infantiles, la première « initiatrice » de celles-ci, à partir des soins corporels qu'elle donne.
- Mais, deuxième proposition, l'expérience corporelle donne ainsi une première forme aux expériences psychiques qu'elle sert à « représenter », à figurer ; elle modèle ces dernières à son image. Intériorisation psychique ou évacuation psychique emprunteront leur modèle premier à l'incorporation ou à l'excorporation ; elles aussi s'accompagneront de sensation de plaisir ou de déplaisir. Comme R. Kaës l'a bien souligné, la pulsion sexuelle s'appuie sur la pulsion d'autoconservation, prend modèle sur son appui, mais elle doit aussi s'en dégager, avoir une trajectoire « tangente », comme J. Laplanche l'a proposé.
- Cela nous conduit au troisième point important de la théorie de l'étayage : la place et la fonction de l'objet dans celle-ci. Ces dernières, pressenties par Freud, n'ont vraiment été dégagées dans toute leur complexité que par les auteurs post-freudiens. Nous reviendrons en détail sur le rôle et la fonction de l'objet maternel dans les soins premiers, quand nous serons conduits à présenter les premières formes

d'émergence de la subjectivité. Mais pour l'heure, il nous faut tout de suite souligner que l'éprouvé de satisfaction qui accompagne l'autoconservation, comme l'éprouvé lié à l'autoérotisme dépendent assez largement de la relation de « partage de plaisir » qui doit s'établir avec l'objet. C'est la qualité du plaisir lié à l'échange avec l'objet maternel qui colore affectivement aussi bien l'autoconservation que l'érotique de zone, plaisirs « narcissiques », mais qui dépendent, très largement dans les premiers temps, de l'objet maternel. C'est aussi pourquoi, de plus en plus, à la référence à la seule pulsion tend à se substituer la référence au couple « pulsion/objet », comme A. Green a proposé de le nommer, c'est-à-dire qui implique dans l'analyse l'objet et ses particularités. L'échange dedans-dehors n'est pas qu'un échange « somatique », ou biologique, c'est aussi un échange « social », avec un objet « autre-sujet », et qui donc va dépendre étroitement des conditions de la rencontre intersubjective qui se noue autour des premiers soins. Ainsi, l'étayage n'est pas seulement un étayage sur le corps et ses biologiques ; c'est aussi un étayage sur l'objet maternel et ses caractéristiques propres.

Or – c'est la quatrième composante qu'il nous semble nécessaire d'introduire dans une théorie actuelle de l'étayage –, l'objet maternel, et le « partage de plaisir » qu'il rend possible, propose en fait aussi à l'enfant une situation complexe et, par certains côtés, énigmatique. Le corps à corps premier des soins donnés à l'enfant est « chargé », pour les adultes qui s'occupent de lui, d'une dimension qui ne peut complètement s'abstraire d'une composante sexuelle, du fait que les zones corporelles mobilisées dans les soins sont aussi impliquées dans la sexualité de l'adulte. L'adulte « refoule » ou modère cette composante, mais il ne peut la faire complètement disparaître, et elle vient colorer d'un aspect énigmatique les conditions du « partage de plaisir » premier. J. Laplanche, à la suite de Freud, a conféré à cet aspect énigmatique une place essentielle dans la formation de la sexualité infantile, dans la « séduction » que les soins maternels introduisent dans le monde de l'enfance que nous évoquions plus haut. En effet, le plaisir de l'adulte, s'il est chargé d'une composante « sexuelle », comme d'ailleurs celui de l'enfant, est aussi chargé d'une composante « sexuelle » qui est référée à la sexualité adulte génitale, qui, elle, est étrangère à celle de l'enfant, trop immature encore pour pouvoir la signifier pleinement au sein de son monde.

On peut d'ailleurs peut-être penser que le plaisir présente, de toute façon, toujours aussi une dimension énigmatique qui fait partie intégrante de son attrait.

6. Fonction psychique de la pulsion

6.1. Résumé des différentes fonctions de la pulsion

Il n'est peut-être pas inutile de résumer les différentes fonctions de la pulsion que nous venons, chemin faisant, de dégager.

- Une première fonction inhérente à la pulsion concerne la décharge des tensions psychiques qu'elle comporte.
- Mais nous avons vu qu'il y a plusieurs manières de faire baisser les tensions psychiques, la décharge n'étant que l'une de celles-ci. La pulsion peut aussi se faire investissement et force de liaison ou de lien, ce qui est une autre manière de diminuer les tensions « libres ».
- Quand elle devient énergie d'investissement, la pulsion contribue aux processus d'intériorisation de l'expérience subjective, à la liaison interne de celle-ci, mais elle peut aussi contribuer – c'est le cas des pulsions de destruction par exemple – à son évacuation ou à son externalisation.
- Quand elle devient énergie de lien en direction de l'objet externe, celui que nous appelons l'objet autre-sujet, la pulsion se charge d'une valeur messagère ; elle contribue alors aux systèmes d'échange et de communication avec les objets investis.
- Freud a décrit différents « destins » de la pulsion. Bion, quant à lui, a précisé les « transformations » que la vie psychique opère sur les différentes formations et composants de la pulsion. Comme nous avons pu le constater dans ce chapitre, les fonctions de la pulsion varient en fonction des besoins de l'économie psychique, en fonction des modes de traitement de l'excitation que la psyché met en place au nom du principe de plaisir déplaisir.
- Enfin, la pulsion n'est connue que par ses « représentants » : l'affect, la représentation de chose et la représentation de mot.

Nous terminerons ce chapitre par quelques réflexions complémentaires, même si elles sont difficiles, sur la question de la « représentance » pulsionnelle.

6.2. La « représentance » pulsionnelle

La psychanalyse a été la première à mettre l'accent sur la représentance et ses formes, et les progrès actuels des sciences cognitives et des neurosciences confirment largement l'importance que la psychanalyse lui a d'abord reconnue. Notre psyché ne fonctionne pas à partir des choses elles-mêmes : elle fonctionne à partir de représentations qu'elle construit de celles-ci. Même un processus comme celui de la perception, dans

lequel la chose externe semble se donner comme « semblable à elle-même » et dans lequel la psyché ne semble pas avoir d'impact, est en fait un processus hautement complexe qui mériterait d'être désigné par le terme de « représentation perceptive », et dans lequel entrent de très nombreux facteurs qui ne sont pas tous seulement biologiques mais incluent aussi des dimensions sociales et psychologiques. F. Varela a pu souligner que le percept premier de l'objet était décomposé en différents attributs – couleur, forme, disposition spatiale, etc. –, traités chacun dans des secteurs différents du cerveau et reconstruits secondairement pour produire la représentation d'ensemble de l'objet perçu.

Tout ce que la psyché doit traiter est ainsi « transformé » pour devenir traitable par elle. Une question importante est alors celle de savoir comment la psyché va différencier ce qui lui vient du dehors, une perception par exemple, et ce qui lui vient du dedans, une pensée ou une image. Les psychanalystes, à la suite d'un travail fondateur de J.-L. Donnet et A. Green (1973) consacré à la psychose, ont souligné la nécessité pour la psyché de « se représenter qu'elle représente » ou de se « représenter qu'elle ne représente pas », qu'elle ne parvient pas à représenter. Les biologistes, quant à eux, en particulier ceux qui se sont aussi plus tard penchés sur la psychose, ont défini des processus de « métareprésentation » par lesquels le cerveau s'informe de la nature des processus qui sont en cours. La métareprésentation des biologistes et neurosciences cognitives est très proche de la « représentation de la représentation » des psychanalystes.

Si certains sujets, souffrant d'une problématique de type « psychotique », ne parviennent pas à « se représenter qu'ils représentent » ou « qu'ils ne se représentent pas », c'est sans doute que cette propriété « réflexive » de la psyché se construit aussi au fil de l'expérience. Plusieurs hypothèses ont été proposées par les cliniciens pour rendre compte des expériences qui pouvaient être à l'origine de la capacité à se représenter que l'on se représente ou ne se représente pas, et surtout des premières formes de celle-ci.

C. Bollas, un psychanalyste anglais, a souligné l'importance, dans les soins et la relation primaire avec la mère, de ce qu'il a appelé la création d'un « objet transformationnel », première forme de la capacité de la psyché à se représenter qu'elle « transforme » ce à quoi elle est confrontée. Il s'agit aussi d'une condition préalable à pouvoir se représenter qu'on représente.

Une autre psychanalyste anglaise, M. Milner, élève de D.W. Winnicott, a souligné l'importance dans les jeux de l'enfant de la présence d'« objets médium-malléables » comme la pâte à modeler, c'est-à-dire d'objets qui servent à fabriquer des représentations, qui

représentent des objets qui servent à représenter, qui ne servent qu'à « représenter » autre chose qu'eux, et qui donc commencent à fournir l'expérience d'objets qui « représentent la représentation », l'activité représentative elle-même.

J'ai fait l'hypothèse que ces objets et l'ensemble des expériences subjectives qu'ils contribuent à rendre possibles étaient à l'origine de la création d'une première forme de concept de la représentation, un concept-chose qui représente la représentation et permet donc à la psyché de commencer à réfléchir comment elle transforme en représentation ce à quoi elle est confrontée, qui permet à la psyché de réfléchir son action propre.

Nous compléterons cette première ébauche concernant les propriétés réflexives de l'activité représentative tout au long de notre description de l'histoire de la construction de la subjectivité, mais l'on conçoit dès maintenant que, pour que la subjectivité se saisisse elle-même, il est indispensable qu'elle puisse se représenter sa propre fonction de transformation des données en représentations psychiques.

Nous allons maintenant commencer à aborder l'histoire de la construction de la subjectivité, l'histoire de ses formes et caractéristiques.

CHAPITRE 4
Facteurs d'évolution et d'organisation de la subjectivité

1. Facteurs généraux

Avant de retracer le détail de l'évolution de l'organisation de la subjectivité et les différentes étapes de sa structuration progressive, il nous faut dire quelques mots des facteurs généraux qui interviennent dans l'organisation de celle-ci.

1.1. Existe-t-il un « programme » de développement ?

Une première question que nous rencontrons dans l'examen des facteurs qui interviennent dans le processus de maturation est de savoir s'il existe un développement « programmé » de celui-ci, s'il existe des « stades » qui se succèdent selon un programme génétique préconçu et « inné », ou si l'évolution s'effectue de manière plus aléatoire. La question du « programme » de développement croise celle, très classique, de l'inné et de l'acquis.

Il me semble que l'ensemble des travaux des biologistes généticiens comme des psychologues actuels convergent vers un dépassement de cette manière de poser le problème. Les biologistes, par exemple, soulignent que si rien ne peut se développer sans une inscription génétique, sans que le code biologique l'autorise, inversement les gènes ne peuvent eux-mêmes « s'exprimer » sans un environnement facilitateur, sans que l'environnement fournisse les éléments nécessaires à cette expression. Ce qui vaut pour l'environnement biologique vaut aussi pour l'environnement humain, et certains gènes ne s'expriment que dans des conditions d'environnement « relationnelles » et « intersubjectives » données. La plasticité cérébrale et neuronale permet de commencer à comprendre comment le cerveau se construit aussi en fonction de l'expérience et pas seulement en fonction des données génétiques premières. Ainsi, génétique

et environnement collaborent en permanence, interagissent, pour produire le processus de développement que nous pouvons observer.

L'opposition de l'inné et de l'acquis a sans doute fait son temps, et le modèle auquel il paraît plus pertinent de se rallier maintenant est celui que l'on appelle « l'épigenèse interactionnelle », qui combine facteurs génétiques et facteurs d'environnement au sein d'une conception plastique du fonctionnement biologique. Il n'y a pas de développement « automatique » et autonome, pas de développement programmé, qui ne suppose, en quantité variable, l'apport spécifique de l'environnement, la part propre que l'intersubjectivité doit fournir au processus.

Les recherches actuelles s'accordent donc pour ne plus considérer le bébé comme une tabula rasa, vierge de toute forme, et à l'inverse, pour penser que le bébé arrive au monde doté de *compétences*. Ces recherches conduisent aussi à penser que l'épanouissement de ces compétences va largement dépendre d'un certain nombre de facteurs qui doivent être fournis par l'environnement premier pour qu'elles prennent sens dans la relation, s'actualisent, et puissent devenir appropriables. Les capacités innées « ouvrent » certaines possibilités, certains « *potentiels* » selon le concept de Winnicott, qui vont ou non rencontrer dans l'environnement matériel et humain certaines conditions favorables à leur accomplissement, ou qui vont au contraire « dégénérer ». Ainsi la *réponse de l'environnement* à la compétence potentielle du bébé est-elle aussi importante que le potentiel lui-même, que la préconception, selon le terme de Bion, dont le bébé dispose.

1.2. Existe-t-il des moments privilégiés pour que les compétences, les potentiels, les préconceptions s'actualisent ?

Cette seconde question est dialectisée avec la première. En biologie, on décrit des « périodes critiques » au cours desquelles certaines mutations significatives doivent avoir lieu, sans quoi elles sont « forcloses », pour reprendre la traduction, issue du vocabulaire juridique, que Lacan propose pour le concept freudien de *Verwerfung*. Quand un processus est « forclos », cela signifie qu'il a passé le temps pendant lequel il peut advenir et s'actualiser, prendre forme dans l'expérience de la vie. En psychopathologie, Lacan a pu faire l'hypothèse de l'action d'un processus de forclusion, par exemple dans la psychose, qui affecterait la reconnaissance de la fonction symbolique paternelle.

L'idée selon laquelle il existe des moments privilégiés où certaines potentialités rencontrent les conditions les plus favorables pour s'actualiser et s'intégrer doit être très certainement prise en sérieuse considération au vu des données cliniques dont nous disposons. Cependant, elle doit être tempérée par le constat, non moins essentiel, d'une très grande plasticité des capacités psychiques (mais aussi biologiques et cérébrales ; voir les travaux de P. Magistretti à Lausanne) – qui tolèrent de nombreux écarts et permettent de nombreuses « récupérations » plus tardives, si les conditions d'environnement changent, même si les acquis sont alors plus difficiles –, et donc une certaine réversibilité de ce que l'on croyait forclos. La « forclusion » relève aussi d'une certaine « position subjective » : certains sujets se « sentent forclos », se « croient » forclos, en relation avec des expériences psychiques prises dans le caractère rudimentaire des premières formes de la temporalité, pour lesquelles ce qui « est présent » peut durer « tout le temps », dans la mesure où la temporalité n'est pas subjectivement constituée. La forclusion, considérée comme processus psychique, est potentiellement « réversible », car elle repose sur l'illusion dans laquelle est prise la première enfance d'un temps arrêté, d'un non-temps.

Avant de passer à l'exposé des facteurs internes d'évolution, et pour conclure sur ces premières considérations, j'ai pu proposer l'hypothèse que l'une des sources majeures de la souffrance psychopathologique était en lien direct avec les compétences qui n'avaient pas pu trouver l'environnement qui leur permettait de s'actualiser, les potentiels qui avaient été contraints de dégénérer, c'est-à-dire en lien avec ce qui n'avait pu avoir lieu, avec ce qui n'a pu se développer, s'accomplir.

1.3. Causalités multifactorielles de l'évolution de la subjectivité

L'épigenèse interactionnelle à laquelle nous souscrivons dans notre approche de l'évolution des formes de la subjectivité suppose la reconnaissance de causalités multifactorielles. Cela fait aussi partie des acquis de la recherche des dernières années. On ne peut jamais rendre compte d'une formation psychique à l'aide d'un seul facteur ; la réalité psychique est à la croisée d'une série de facteurs qui concourent à lui donner sa forme particulière. Ces facteurs sont multiples, ils ont des composants internes, liés à la maturation biologique mais aussi subjective. Ils sont liés aussi aux conditions d'environnement, au « berceau

psychique » fourni à l'enfant, dans lequel les phénomènes sociaux et culturels fournissent également leur contribution. Comme dans le conte de la « Belle au bois dormant », différentes « fées » viennent se pencher sur le berceau pour apporter leur contribution au développement, mais, comme l'écrit S. Fraiberg, certains « fantômes » viennent aussi hanter les chambres d'enfants ; certaines difficultés non traitées dans l'économie familiale ou groupale et culturelle viennent peser de leur poids propre sur ce développement. Nous ne pouvons reprendre en détail dans notre exposé l'ensemble des facteurs qui interviennent ; nous nous contenterons d'évoquer les principaux facteurs en renvoyant à différents travaux référentiels pour plus de précision.

Cependant, il faut préciser que, dans l'orientation qui est la nôtre, les différents facteurs qui concourent à donner sa forme particulière à l'évolution de la subjectivité sont tous médiatisés par la place et le sens qu'ils prennent au sein de la relation intersubjective de base à partir de laquelle la subjectivité prend forme. C'est à partir de leur poids sur la relation intersubjective que ces différents facteurs seront évalués, à partir de leur impact intersubjectif qu'ils seront appréciés.

2. Facteurs internes de l'évolution

Parmi les premiers facteurs d'évolution, que j'intitule « internes », il faut évoquer tout d'abord la question du rythme de l'évolution et des apprentissages. Les recherches conduites dans la mouvance de l'école hongroise de Löczy sur les apprentissages, et en particulier ceux qui s'appuient sur le développement moteur et les activités psychiques qui en dérivent, soulignent sans ambiguïté qu'il existe un rythme propre aux acquisitions, du moins à l'appropriation des acquisitions. L'environnement peut perturber ce rythme et ne pas lui permettre de s'épanouir, provoquant des retards de développement. À l'inverse, il peut soutenir de son investissement ce dernier, et lui permettre de solidifier les acquisitions. Dans certaines conditions, l'environnement peut aussi conduire l'enfant à se « sur »-développer, à anticiper sur le développement « naturel » de ces capacités, mais alors les acquis ne sont pas de bonne qualité : ils sont fragiles et surtout mal appropriés, et ne contribuent que peu ou mal au développement du moi et de la subjectivation.

Quand il peut être approprié, chaque progrès de la maturation biologique « ouvre » de nouvelles possibilités relationnelles, « découvre » de nouveaux potentiels qui poussent à la réalisation ou à l'actualisation de leurs virtualités dans le rapport intersubjectif, mais entraîne aussi de nouveaux problèmes, de nouveaux conflits auxquels l'enfant doit faire face.

Premier exemple, la capacité d'acquérir une motricité intégrée, vers la fin de la première année, rend possible le déplacement et la maîtrise musculaire, qui permettent au bébé de se mouvoir par ses propres moyens, et donc de s'éloigner seul de sa mère, de s'absenter de son regard. Cette nouveauté entraîne toute une série de nouvelles situations intersubjectives : la mère cherche son bébé, doit commencer à interdire le toucher de certains objets, etc. Cela produit potentiellement une « révolution » dans la relation, le bébé pouvant également s'absenter du regard de sa mère et donc lui « faire vivre » ce qu'elle lui fait vivre en s'éloignant elle-même, et donc aussi une « révolution » dans la position subjective.

Autre exemple, la maturation biologique de l'adolescence. La puberté s'accompagne de la survenue de la potentialité d'un orgasme sexuel et des nouvelles « solutions » que celui-ci offre aux excitations sexuelles. Elle bouleverse le tableau de la période de latence et de l'ensemble de l'économie psychique et la met en crise, provoquant l'adolescence. L'évolution procède ainsi par réorganisations successives en fonction des nouvelles « donnes » et des nouvelles possibilités.

Mais chaque nouvelle organisation de la subjectivité, chaque économie pulsionnelle, chaque modalité d'intériorisation et de traitement de la vie pulsionnelle comportent des limites qui leur sont propres, génèrent des conflits spécifiques, des frustrations et des angoisses particulières, qui sont aussi de puissants moteurs au changement. C'est également à partir des limites que l'enfant rencontre dans chacune des organisations qu'il met en place pour faire face aux différentes situations auxquelles il est confronté, limites « internes » à chaque organisation de la subjectivité et de la vie pulsionnelle, que se relance le processus de maturation.

3. Facteurs externes de l'évolution

Les facteurs internes de changement et d'évolution n'agissent que dans leur interaction avec les facteurs externes, ceux qui, du dehors, viennent se dialectiser avec les facteurs que nous venons d'évoquer, et qui viennent, selon les cas, inhiber ou soutenir l'épanouissement des nouveaux potentiels de développement, ou encore leur donner une coloration particulière.

Ils concernent essentiellement le réseau d'attentes que l'environnement parental et social proche fait peser sur les enfants. Ces attentes sont complexes ; elles intègrent des données qui sont spécifiques aux parents, au défilé de leur histoire individuelle, de leur histoire de couple. La naissance d'un enfant prend sens dans l'histoire de chacun de ses

deux parents, mais aussi dans celle du couple, dans une conjoncture familiale particulière, et qui varie d'un enfant à l'autre au sein d'une même famille. L'entourage, le contexte de la naissance introduit des variations dans les attentes qui se portent sur les enfants. Les premiers-nés ne sont pas investis de la même manière que les suivants ; des enfants nés pendant les périodes de crise du couple peuvent être fantasmatiquement investis d'une fonction narcissique de « sauveurs » du couple ou, au contraire de « perturbateurs » de celui-ci, etc. Le sens donné à l'enfant et donc aussi les attentes concernant son développement renvoient aux grandes caractéristiques de la psychologie spécifique de ses parents, donc à l'histoire de leur propre évolution, mais aussi à la conjoncture historique particulière de la naissance.

On a pu décrire un « enfant imaginaire » des parents, c'est-à-dire une constellation de représentations fantasmatiques de l'enfant à venir, qui comporte des dimensions conscientes, mais aussi de nombreux composants inconscients, et qui vient se mêler à la rencontre de l'enfant réel et charger celle-ci d'enjeux issus parfois de l'enfance des parents eux-mêmes.

Cependant, les parents sont également des êtres sociaux, inscrits dans une culture et dans des groupes sociaux qui, eux aussi, sont chargés d'attente à l'égard des enfants. Selon les groupes sociaux et même les « classes sociales », les attentes à l'égard des enfants varient parfois de manière considérable. Dans une étude déjà un peu ancienne, L. Boltanski montrait comment, selon les professions des parents et les classes sociales d'appartenance, les comportements éducatifs, les attentes et pressions de l'environnement « modelaient » une partie importante des représentations et des systèmes de régulation transmis à l'enfant, les « préparaient » à la « reproduction », selon le terme de P. Bourdieu, des modèles de leur classe d'appartenance, et ce dès le plus jeune âge et, bien évidemment, à l'insu des uns ou des autres, en toute inconscience, si je puis dire.

La culture est présente dès les premiers moments de la vie relationnelle et dans tous les détails de la vie. Elle est présente dans tous les aspects du rapport au corps, du maternage et dans tous les moments importants de la structuration psychique. Lacan l'avait déjà fortement souligné dès ses premiers écrits, mais aussi les « culturalistes » comme K. Linton ou A. Kardiner de leur côté, ou encore les psychanalystes comme E. Erickson, ou encore les sociologues de l'école de P. Bourdieu, et la liste n'est pas close.

Mais les données culturelles et sociales n'agissent que rarement « directement » ; elles sont médiatisées par le rapport que les parents entretiennent avec ces données, conscient ou inconscient.

4. L'interaction et le trouver/créer premier

La question qui va alors être essentielle est celle de l'adéquation des désirs, attentes et pressions de l'environnement parental avec le rythme et les facteurs internes de développement spécifique de l'enfant. Chaque moment de la structuration de la psyché et de la subjectivité de l'enfant implique que l'environnement lui fournisse les éléments spécifiques dont il a besoin pour s'organiser et trouver ses « solutions ». Ces éléments, l'enfant les « préconçoit », les « pressent », il nourrit une forme d'attente diffuse mais orientée à l'égard de son environnement. S'il « trouve » ce qu'il « pressent », ce dont il « crée » la préforme, ou si l'écart entre ce qu'il trouve et ce qu'il « attend » ne dépasse pas ses capacités d'adaptation, alors l'intégration peut s'effectuer et l'enfant va découvrir-inventer ses solutions propres et personnelles, il va pouvoir s'approprier ses potentiels.

Mais si l'écart est trop important, si l'enfant est mis devant la nécessité d'avoir à trop s'adapter aux attentes et désirs de l'environnement, au détriment de ses propres processus, si se développe donc trop précocement un conflit entre ses besoins internes et la réalité qui lui est proposée, alors les solutions psychopathologiques commencent à se mettre en place.

Soit l'enfant peut tenter d'apporter une forme de veto ou d'alerte au sein de la relation, à partir d'un symptôme, souvent psychosomatique ou comportemental, ou encore entrer dans un processus d'inhibition. Soit, à l'inverse, il s'engage dans un processus d'adaptation forcée, accélère la maturation de son développement, se « surmature », mais sur un mode mal intégré que Winnicott a appelé « faux self » : l'adaptation s'effectue, mais en « faux » ; elle s'effectue, mais au prix de la qualité de l'intégration psychique.

Nous sommes maintenant en mesure de tenter de retracer l'histoire de l'organisation de la subjectivité, de décrire les états subjectifs successifs, et la manière dont les choses sont vécues, appréhendées subjectivement aux différents temps du processus de maturation, c'est-à-dire l'histoire de la manière dont elles sont signifiées et « théorisées » par le sujet en fonction de l'état de son développement.

Cette histoire est celle des réorganisations successives de la subjectivité en fonction de l'évolution, des réorganisations du sens vécu. C'est l'histoire de l'organisation progressive mais par *révolutions* successives de la psyché, par réorganisations successives de l'organisation de la vie pulsionnelle et de sa place dans la vie psychique.

CHAPITRE 5

Narcissisme primaire : définition et évolution

1. Processus d'attachement/différenciation

Dans l'utérus, le fœtus rencontre des impressions, des éprouvés, qu'il ne sait à quoi exactement attribuer. Il y a une interaction entre lui et le milieu, notamment biologique. Mais sans représentation psychique, l'impact subjectif n'est guère appropriable.

Dans les premiers moments de la vie extra-utérine, l'enfant vit objectivement dans un état d'extrême dépendance par rapport à son environnement humain ; il ne peut seul subvenir à ses besoins, ni gérer les tensions qui l'habitent. C'est ce moment qui est défini comme l'époque du narcissisme primaire. Il est dit « narcissique primaire » car l'enfant, nous le verrons, tend à interpréter subjectivement ce qui se passe comme si tout provenait de lui, tend à le rapporter à lui. Cette position narcissique primaire est la première position subjective que nous rencontrons dans l'histoire de la construction de la subjectivité.

Son enjeu va être double : d'une part, le bébé va devoir créer progressivement, « construire » un lien avec sa mère, son premier objet, un lien d'attachement, un lien investi qui est nécessaire à son développement ; d'autre part, quasi simultanément, il va devoir commencer à accepter et représenter progressivement la différenciation d'avec elle. Pour pouvoir psychiquement se différencier véritablement, il faut en effet aussi se lier à l'autre, investir la relation, le rapport à l'autre, construire le lien avec lui. C'est pourquoi nous pourrions dire que le travail de la psyché infantile va être double et va devoir s'effectuer dans les deux sens, attachement-construction du lien, et différenciation. Il va devoir s'attacher à la mère, mais sans se confondre avec elle. Cela ouvre à une discussion sur ce que signifie « mère » pour un bébé et nous conduit à une série de précisions sur les moments et les formes de la « découverte », de l'objet autre-sujet.

De la « découverte » ou de la « conception » de celui-ci car, nous allons le voir, c'est un point de débat encore actuel.

2. Narcissisme primaire : état anobjectal ?

Le narcissisme primaire désigne un état subjectif qui a été dit « anobjectal » par certains psychanalystes, dans la mesure où l'enfant n'a pas encore construit de lien subjectif entre lui et l'autre, l'objet, comme objet différent, représenté, vécu comme différent, c'est-à-dire comme un autre sujet. D'un autre côté, une série de recherches récentes portant sur le monde subjectif du bébé conduit à l'idée que, très tôt, c'est-à-dire dans les premières heures de sa vie, le bébé est capable de différencier ce qui provient de lui et ce qui provient du monde extérieur (Decety, 2004). Par exemple, il ne « traite » pas de la même manière une stimulation de la joue, près des lèvres, selon qu'elle provient d'une rencontre fortuite avec sa propre main ou si celle-ci est produite par le doigt d'un autre ; cela semblerait indiquer qu'il « fait » la différence entre ce qui vient de lui et ce qui vient de l'autre.

2.1. Débats actuels

Cette question n'est pas facile et elle engage de nombreux débats à l'heure actuelle entre certains psychanalystes qui maintiennent l'idée d'un stade premier de confusion entre le bébé et son environnement, et certains psychologues développementalistes qui, eux, prétendent qu'un tel stade n'existe pas. Ces débats peuvent être féconds si l'on accepte de penser que les positions en présence ne sont peut-être pas aussi antagonistes qu'il paraît, et que l'un des problèmes majeurs tient dans la difficulté de se représenter précisément ce qui se produit chez le bébé du fait de la tendance inévitable à projeter les paramètres de notre monde adulte sur le sien.

Une première position, développée en particulier en France par M. David et B. Golse, considère que le problème est éclairé par la remarque selon laquelle les états de conscience du bébé ne sont pas stables et durables. Par moments, il possède certaines capacités ; à d'autres moments, il ne les possède plus, sous l'action de certains mouvements pulsionnels, par exemple, ou selon sa fatigue. L'un des enjeux de la maturation est alors celui de la manière dont ces états sont rassemblés et unifiés en un sens de soi et de l'autre. En somme, la question est d'abord celle de savoir si ce que nous appelons un bébé, au sens d'une unité, existe bien, ou si les premières formes de la vie psychique ne nous confrontent pas plutôt à une « nébuleuse psychique », selon le terme de M. David.

Une deuxième position, qui n'est pas en opposition avec la première, consiste à souligner que nos concepts ont besoin d'être affinés et que le débat s'éclaire si nous précisons ce qui est engagé dans les formulations différentes. Par exemple, si l'on déclare que le bébé « reconnaît » ou qu'il ne « reconnaît pas » l'existence de l'autre, il faut s'entendre sur ce que veut dire « reconnaître » l'existence de l'autre dans l'un et l'autre des deux cas. Le bébé perçoit bien, ou commence tôt à percevoir, sa mère et l'autre humain d'une manière plus générale. Il perçoit des différences, mais cela ne veut pas dire qu'elles sont « conçues » de la même manière dont l'enfant de 2 ans ou plus les « conçoit ».

Plutôt que de penser ces questions en termes dichotomiques – la mère « existe » où « n'existe pas » pour le bébé –, il vaut mieux essayer de préciser comment elle « existe », c'est-à-dire quelle perception il peut en avoir, quelle « représentation » il peut s'en faire, quelle « conscience » il peut en avoir, et donc quel type de relation il est capable de nouer. Notre approche se centre moins sur ce qui « est » – encore que cette question ne peut pas être complètement évacuée non plus – que sur la manière dont « ce qui est » est « signifié » par le sujet.

Une autre question tout à fait essentielle de cette époque concerne la manière dont le bébé se reconnaît « acteur » de ce qui se produit, ou dont il attribue l'agent ou la cause de l'action à un facteur externe, dont il « projette » l'auteur de l'action, son « sujet » ou son « agent », à l'extérieur. Là encore, cette question est en partie tributaire du sens que nous donnons à tous ces termes et aussi de la représentation de « l'unité » bébé. On peut penser que la différenciation entre la question de la perception de soi et l'autre, celle de l'attribution de l'action entre soi et l'autre, et celle de la manière dont soi et l'autre sont « conçus » éclairent une large partie des débats actuels.

2.2. Un champ de recherche ouvert

Que peut-on dès lors affirmer dans l'état des réflexions et des débats, en se souvenant que les recherches actuelles sont en plein développement et qu'il ne semble pas qu'une série d'énoncés décisifs soient actuellement possibles ? Pour le moins, que *le narcissisme primaire est caractérisé par la lente mise en place des principes tendant à différencier de manière plus fine la répartition du soi et du non-soi.* Mais il s'agit d'un champ de recherche en pleine évolution et il faut sans doute se montrer très prudent dans toutes nos formulations, toujours plus ou moins menacées d'adultomorphisme.

Ainsi, par exemple, je ne sais pas si le concept de pulsion, qui suppose une organisation relativement complexe et en particulier une

différence entre la source et l'objet, donc une forme de différenciation moi/objet, est bien adéquat. En revanche, l'idée d'excitations pulsionnelles me paraît mieux correspondre ; ce n'est que progressivement que celles-ci vont s'organiser en pulsions. Ou encore certains parlent d'une « fusion » entre mère et bébé. Que, pendant les moments de tétée, le vécu soit un vécu « fusionnel » ou, plutôt, « confusionnel », c'est-à-dire sans différence véritable entre le bébé et sa mère, me paraît assez plausible et correspond aussi bien à l'observation qu'à l'investigation clinique. Mais il convient de penser aussi qu'à d'autres moments, le bébé explore des formes de différenciation primitives entre lui et sa mère. La question est alors celle du « rassemblement » des différents états et éprouvés, de leur « synthèse ». S'il y a donc des moments de perception de la mère, il n'y a pas encore bien sûr de conception de celle-ci, et il me semble que règne une menace de confusion dans l'attribution (dans le jugement d'attribution) de ce qui se produit entre elle et lui.

Face à toutes ces incertitudes cliniques, on peut être tenté de se tourner vers les nombreuses recherches expérimentales des neurosciences de ces dernières années pour bénéficier des lumières éventuelles qu'elles apportent à ces questions, mais en gardant à l'esprit les limites de ces approches pour un clinicien.

Je ne peux reprendre ici l'ensemble des travaux effectués sur la vie cognitive des bébés, en pleine expansion, et me contente de ne reprendre de ceux-ci que ceux qui présentent une « concilience » importante, c'est-à-dire ceux qui convergent à partir de points de vue différents, et en même temps peuvent contribuer à éclairer certaines questions cliniques.

Les travaux actuels consultés selon ces critères soulignent que le problème ne se situe pas au niveau de la perception de la mère, comme on a pu le penser à une certaine époque, même si sans doute cette « perception » n'est pas semblable à celle qu'il pourra en construire plus tard. Le bébé perçoit sa mère, il est même capable très tôt, dès les premières heures après la naissance, d'imiter certaine mimiques du visage de sa mère, ce qui suppose bien une forme de perception (Decety 2002 ; 2004). Le problème semble plutôt être qu'il n'attribue pas encore bien « l'agent » des actions, et, sans doute aussi, des premières formes d'émotions (Decety *et al.*, 2004). Il identifie action de l'autre et action de soi, il identifie, sous l'action des neurones-miroirs, ce qui provient de l'autre et ce qui provient de lui. L'agentivité (Jeannerod et Georgieff, 2000), c'est-à-dire l'opération par laquelle « l'agent », l'auteur, de l'action est déterminé et précisé, n'est pas encore suffisamment organisée et mise en place. Donc le problème n'est pas seulement un problème de « perception » de l'expérience, mais d'investissement

et d'attribution de celle-ci. Le monde du bébé est menacé par la confusion potentielle, entre ce qui vient de lui et ce qui vient de l'objet ou de l'environnement. Les neurones-miroirs (Rizzolatti *et al.*, 1996) sont, en effet, des neurones qui s'activent de la même manière selon que le sujet effectue une action, ou se contente de la représenter en lui ou de la percevoir effectuée par un autre. C'est dans une autre partie du cerveau que s'effectue l'opération d'attribution correcte de l'agent de l'action et sans doute aussi du vécu émotionnel qui semble obéir aux mêmes lois. L'opération de « distribution » et d'agentivité, d'attribution, est une opération seconde. Elle se met sans doute progressivement en place dans un temps second du développement ; elle n'est pas là d'emblée ou du moins si des formes rudimentaires existent sans doute, elles ont besoin d'être perfectionnées.

Les travaux des neurosciences rejoignent ainsi le courant des réflexions des psychanalystes pour qui la question de l'appropriation subjective est la question cruciale de la subjectivité et de la subjectivation. Elle présente deux faces : elle interroge d'une part le fait de commencer à « concevoir » et se représenter un « moi » et un « objet » différencié, au-delà de la seule perception de la différence, et d'autre part le fait de pouvoir s'approprier correctement ce qui « vient » de soi ou ce qui « vient » de l'objet.

On conçoit que, pendant toute la période où cette capacité différenciatrice n'est pas acquise, le rôle de l'environnement est crucial. Il doit tenter de créer une situation où la question ne se pose pas, ou pas trop, ou pas dans des conditions trop défavorables à la régulation narcissique du bébé. Ce sera le rôle de « l'accordage » et de « l'ajustement » de l'environnement, sur lequel nous reviendrons en détail plus loin. Quand le problème d'une attribution correcte se pose, et que l'expérience subjective est désagréable, la psyché de l'enfant est en effet contrainte à des procédures coûteuses d'évitement ou même de rejet et, si celles-ci échouent, l'enfant se sent « coupable », de manière diffuse, de ce qui se produit ; il s'en auto-attribue la cause. Dans les états « narcissiques » premiers de la subjectivité, le bébé « préfère » avoir l'illusion de créer ce qu'il trouve plutôt que rester dans la confusion et le chaos, dans la détresse d'une impuissance première. *Le bébé « préfère » tenter de trouver du plaisir dans ce qui est, et, quand le déplaisir n'est pas évitable, se croire le créateur de ce qui se passe, éviter le sentiment d'impuissance et la détresse, se donner une illusion de maîtrise.*

Ainsi, l'immaturité première du bébé le place dans une vulnérabilité et une fragilité subjective particulières qui imposent un environnement bien adapté au niveau de l'autoconservation mais aussi au niveau subjectif.

2.3. Fonction adaptative de l'environnement et relation d'objet paradoxale du narcissisme primaire

La caractéristique essentielle de l'adaptation « suffisamment bonne » de l'environnement a commencé à être dégagée par Winnicott, dont les hypothèses ont ensuite été confirmées et prolongées par nombre de travaux actuels.

Rappelons que l'enfant possède des « montages » biologiques, des compétences, des potentiels, pour entretenir, pendant un certain temps, une première forme de contact avec l'objet, une première forme de « rapport » du fait d'une capacité d'imitation innée. Ce « contact » est d'abord très limité dans le temps, le bébé se fatigue vite, mais il s'accroît assez rapidement dans les premiers mois de développement.

L'hypothèse essentielle que je propose, compte tenu des connaissances actuelles, est que le lien premier va être construit dans la relation avec la mère vécue comme un objet « double » de soi. L'objet perçu, la mère, va devoir être construit et conçu comme un autre-semblable. C'est une nécessité pour l'organisation psychique du bébé, pour qu'il ne soit pas trop débordé par des situations qu'il ne pourrait pas gérer et qui seraient trop énigmatiques pour lui ; il ne peut tolérer trop de différences. Donc le premier lien avec l'autre va devoir se construire comme un lien narcissique, c'est-à-dire avec un autre soi-même, un double.

Pour bien comprendre les caractéristiques de la relation primitive « en double » et de sa mise en place dès après la naissance, il faut commencer par se représenter l'état psychique particulier de la mère à la naissance du bébé. Winnicott a décrit un état de « préoccupation maternelle primaire », qui prend naissance pendant la grossesse et s'accompagne de toute une série de signes particuliers. Cet état a pu être présenté comme un état de « folie » particulière de la mère, ce que personnellement je préfère décrire plutôt comme un état de type « passionnel ». On a ainsi pu souligner, en étudiant le cycle des rêves du fœtus et celui de la mère, qu'ils se mettaient progressivement en phase et que, vers le moment de la naissance, mère et fœtus « rêvent » en même temps ; il semble même que cette « harmonisation » se prolonge au-delà de la naissance pendant la durée de l'allaitement. Les modifications biologiques et psychologiques qui affectent la mère produisent chez elle ce qui a pu être décrit comme une « régression du sensorium », la mère redevenant sensoriellement sensible à des perceptions et sensations qui sont la plupart du temps inhibées pendant la vie sociale adulte. La mère « sent » plus et mieux, les odeurs et certaines sensations primitives, par exemple, reprenant une place importante.

Après la naissance, la mère développe une adaptation et une sensibilité tout à fait particulières aux états internes et signaux de son bébé. Cette sensibilité va être particulièrement orientée vers tout ce que le bébé lui « communique » ; c'est sans doute grâce à l'ensemble de ces modifications que la mère va pouvoir développer une adaptation « sur mesure » au besoin du bébé.

Cependant, la préoccupation maternelle primaire s'accompagne aussi, la plupart du temps, d'une préoccupation particulière de tout l'environnement. Les pères aussi font une « couvade », prennent du poids, modifient leur sommeil, et l'ensemble de l'entourage de la mère participe à l'état de préoccupation maternelle de la mère, au moins en partie. La mère est elle-même « entourée ». Cet entourage lui permet de se centrer sur son état particulier et de s'adapter aux conditions de vie du bébé. Cet entourage définit ce qu'on peut appeler la « constellation maternelle » selon le terme de D. Stern, là où Freud avait proposé celui de « configuration maternelle ».

On a pu aussi comparer l'état de la mère à une forme d'« état amoureux » ou encore à une forme d'« état hypnotique », dans la mesure où, comme dans les états d'extrême attention évoqués, la mère est « toute à son enfant ». On conçoit que cette période soit une période de « vulnérabilité » psychique particulière de la mère, une période de « transparence » psychique comme l'écrit M. Bydlowski (1978), et qu'elle ait besoin elle-même d'un environnement suffisamment protecteur.

3. Les soins maternels : « holding », « handling », « object-presenting » (Winnicott)

C'est grâce à l'état de préoccupation maternelle primaire que la mère va être en mesure de prodiguer au bébé des soins corporels et psychiques suffisamment adéquats pour qu'il puisse petit à petit se construire et se sentir être sujet, être un « soi émergent ». Les soins corporels sont importants pour le bébé dans la mesure où c'est par eux que s'assure l'autoconservation indispensable à la vie ; mais ils sont aussi importants dans leur fonction psychique et dans les premières formes de structuration de la subjectivité.

Winnicott a beaucoup insisté sur la qualité des soins premiers, sur les différents aspects de ceux-ci et l'effet psychique qui découle de leur mise en œuvre. Il a souligné que le soin pris aux « besoins corporels » devait s'accompagner de la prise en compte des « besoins du moi », c'est-à-dire de ce dont la subjectivité avait besoin pour pouvoir émerger et s'épanouir. Il distingue :

- le « holding », ou « portage », c'est-à-dire la manière dont la mère porte le bébé, le soutient ;
- le « handling », ou maniement, c'est-à-dire la manière dont la mère « manipule » le bébé, la « maintenance » ;
- et enfin l'« object-presenting », la « présentation d'objet », la manière dont la mère introduit dans sa relation au nouveau-né différents objets du monde extérieur, aussi bien des objets inanimés que des objets « autres-sujets », le père par exemple. L'ensemble des travaux actuels, en particulier les recherches conduites à partir de l'expérience de Löczy, que nous avons déjà évoquée, confirme largement cette position.

3.1. « Holding » ou portage

Le bébé doit se sentir tenu, contenu et ramassé, par le « portage ». Cette fonction de contenance est ce qui lui permet de se sentir « unifié » et rassemblé à une époque où ses processus internes ne lui permettent pas d'assurer seul cette fonction, dans la mesure où ils ne sont pas encore intégrés, comme nous l'avons déjà souligné. Certaines formes de portage peuvent donner l'impression au bébé de ne pas être tenu, de menacer de tomber, l'impression d'un monde qui risque de se dérober, de s'effondrer, là où d'autres formes de portance, plus assurées, lui donnent à l'inverse une impression de sécurité et de solidité. La manière dont le bébé se sent porté lui transmet aussi une forme de premier « message » en provenance de l'environnement, sur la manière dont celui-ci va le supporter, va le contenir, l'aider à se tenir.

3.2. « Handling » ou maintenance

La fonction de « maintenance » est une fonction « personnalisante ». Le rythme des soins, leur adéquation à ceux du bébé, l'harmonie de leur gestuelle, la manière dont ils respectent les données propres du bébé apportent leur première contribution au fait que le bébé puisse commencer à se sentir être « une personne ». Un maniement, une maintenance brusque, imprévisible, saccadée donne à l'enfant l'impression d'être plus comme « un sac de patates », qu'une personne qui possède son individualité.

3.3. « Object-presenting » ou présentation d'objet

La manière dont on s'occupe de lui adresse une forme de « message » au bébé, message lui transmettant une première forme de représentation de

ce qu'il est pour l'autre, de la manière dont il est traité et donc de ce qu'il représente pour l'objet maternel. Nous le verrons, l'environnement fonctionne comme une espèce de miroir, qui renvoie à l'enfant une image de lui avec laquelle il va devoir se construire. La représentation de ce qu'il est pour l'autre est donc cruciale dans la mesure où elle va être l'étalon à partir duquel l'enfant va se définir lui-même, et cette représentation se transmet d'abord au niveau sensoriel par ce que les soins font vivre au bébé.

3.4. Une « mère suffisamment bonne »

Winnicott a proposé le terme de « mère suffisamment bonne » pour décrire la suffisante adaptation de la mère aux besoins du bébé. La mère suffisamment bonne n'est pas une mère « idéale », mais c'est une mère qui présente le souci de respecter les différents besoins du bébé, les différents niveaux de besoin, qui peut les prendre suffisamment en compte.

Une autre des caractéristiques de la mère « suffisamment bonne » est qu'elle présente au bébé une « constance affective » suffisante. Elle est ainsi suffisamment « prévisible », suffisamment « cohérente », suffisamment harmonieuse dans sa gestuelle ; mais elle est aussi « saisissable », « atteignable », et « transformable ». L'adéquation entre mère et bébé n'est en effet ni très facile, ni donnée d'emblée, un travail d'ajustement réciproque est souvent indispensable. Plus de 60 % des interactions mère-bébé observées sont des interactions d'« ajustement réciproque ». Il est important que le bébé puisse sentir le travail d'ajustement de sa mère : cela lui donne le « pressentiment » d'être dans un monde qui peut prendre en compte ses spécificités propres, mais aussi d'un monde qu'il peut transformer en fonction de ses besoins, et sur lequel il peut agir et qu'il peut influencer. L'impossibilité de « transformer » sa mère, c'est-à-dire l'absence d'ajustement maternel tel qu'il est appréhendé par le bébé, provoque des états de détresse et d'impuissance radicale qui laissent à l'enfant l'impression qu'il ne peut agir sur le monde, qu'il est impuissant à le transformer, et donc qu'il lui faut se soumettre à celui-ci, se soumettre ou se démettre, se retirer ou retirer son investissement.

3.5. Protéger des excitations

Freud a aussi insisté sur la gestion de la quantité d'excitation à laquelle le bébé est soumis. Le bébé n'a que de faibles capacités de traitement des excitations ; il a besoin que l'entourage premier le protège du débordement éventuel par celles-ci. Freud a ainsi décrit une fonction

« pare-excitation ». Après Freud, on a aussi souligné que cette fonction de régulation de l'excitation n'était pas seulement à penser en terme de protection, que la mère n'était pas que « calmante » ou « pare-excitante », mais qu'elle devait aussi apprendre au bébé à accepter et à intégrer l'excitation, à la mettre au service de son développement, à lui permettre d'introjecter l'excitation comme élan pulsionnel, comme porteur de vie et d'intérêt. La mère doit aussi « séduire » son bébé, l'initier à l'excitation et à son intégration.

Par la suite, les auteurs dans la lignée de M. Klein ont prolongé les premières remarques de Freud. Je laisse à A. Ciccone le soin de présenter les axes essentiels de ces apports.

4. Naissance et développement de la vie psychique

A. Ciccone

Je poursuivrai ces réflexions sur le rôle essentiel de l'objet, dans le processus de construction et de croissance psychique du sujet, en soulignant tout particulièrement les caractéristiques de sa fonction contenante, dans ses différentes déclinaisons. J'insisterai sur le travail psychique, qui s'impose à l'enfant d'intériorisation, de réduction de l'altérité, de symbolisation des expériences, et sur la place et la fonction de l'intersubjectivité dans la naissance et le développement de la vie psychique.

La subjectivité se fonde dans l'altérité, dans l'intersubjectivité, et le bébé a besoin qu'un autre, la mère, le parent, lui prête des pensées, l'imagine pensant, et donc *interprète* ses actes, ses gestes, ses postures, ses mimiques, ses cris, etc. L'interprétation parentale est nécessaire, même si elle représente, d'une certaine façon, une violence faite à l'enfant, comme le dit Piera Aulagnier (1975) ; c'est une violence nécessaire. Si l'on reprend les termes de Salomon Resnik (1994), on peut dire que l'interprétation est une inter-*prestation*. En d'autres termes, le parent prête une pensée, un sens à l'expression du bébé, ou coconstruit avec le bébé le sens de son expérience. Le bébé, à son tour, gratifie le parent de sa reconnaissance, il reconnaît le parent comme parent – et le fait donc naître à la parentalité. L'interprétation parentale, inter-prestation intersubjective – qui à la fois fonde l'intersubjectivité et témoigne de son avènement –, repose sur une illusion. Il s'agit d'une illusion primaire nécessaire et caractéristique de la matrice symbiotique postnatale : illusion que le bébé est une personne, qu'on peut le comprendre et qu'il comprend ce qu'on lui

dit, etc. Cette illusion signifie l'altérité du bébé (le bébé est un autre puisqu'on peut lui parler) et révèle ce point de symbiose originaire à partir duquel pourra se constituer l'altérité – du bébé pour le parent, du parent pour le bébé – et donc se constituer la subjectivité.

4.1. Le besoin du bébé d'être contenu

4.1.1. Contenir les angoisses

Le bébé a besoin d'être contenu dans sa vie mentale. Qu'est-ce qui doit être contenu ? Ce sont, entre autres et d'abord, les angoisses auxquelles est soumis le bébé et qui menacent son état d'intégration, qui le désintègrent. On peut, en effet, se représenter l'état mental du premier âge comme un état chaotique, oscillant entre des moments de désorganisation, de dissociation, de dispersion, et des moments où le bébé se sent rassemblé dans sa personne, dans son corps, dans sa vie mentale. Le bébé va rechercher le maintien de l'état d'intégration, qui lui donnera un sentiment d'exister. La capacité de maintenir l'intégration est faible, et toute expérience nocive, désagréable, telle la faim, attaque ce fragile état d'intégration, d'unification, et désorganise le bébé, qui fera appel à la *fonction contenante* de l'environnement.

La situation prototypique de réalisation de la fonction contenante est représentée par le nourrissage (voir aussi ci-après). Pendant le nourrissage, le parent, l'objet maternant, va transformer le vécu chaotique du bébé en un vécu d'intégration. Lors de la tétée, le nourrisson fait l'expérience de la disparition d'un mauvais sentiment, avec l'arrivée d'un bon sentiment gratifiant. Il fait l'expérience d'un rassemblement grâce à l'attraction qu'exerce l'objet nourricier. La jonction entre les différentes modalités sensorielles, entre le portage, l'enveloppement, l'interpénétration des regards, le contact du mamelon dans la bouche, les paroles tendres et apaisantes et la plénitude interne donne au bébé une expérience de rassemblement interne, un sentiment moïque, un sentiment d'existence. Cela génère une première organisation de l'image du corps, un sentiment basal d'identité. Si cette expérience est suffisamment bonne et répétée de façon suffisamment rythmique, et donc suffisamment prévisible, le bébé l'intériorisera peu à peu, et pourra la retrouver en cas de besoin (toujours à l'aide d'un autre, suffisamment attentif et interprétatif). Par exemple, lorsque le bébé aura faim, son éprouvé sera toujours celui d'un anéantissement, il ne pourra qu'évacuer cet éprouvé par la motricité (s'agiter, crier, pleurer). Si la mère comprend le malaise du bébé et le prend dans ses bras, le console, lui parle, le bébé se calmera.

Pourtant, il aura toujours faim. Mais cette mauvaise sensation sera détoxiquée des angoisses catastrophiques. Elle se sera transformée en un sentiment supportable et pourra même peu à peu laisser la place à une possibilité pour le bébé de se représenter l'objet absent, le sentiment de plénitude à venir. C'est le début de la pensée.

Le bébé est donc confronté, au début de sa vie, à des angoisses catastrophiques, que beaucoup d'auteurs ont décrites en utilisant des images, des métaphores variées. Freud (1915c) avait déjà décrit la nature « volcanique » de la vie pulsionnelle et la dispersion, la non-liaison des différentes motions pulsionnelles travaillant chacune pour leur propre compte. Tustin (1972, 1986) reprend l'idée selon laquelle les pulsions sont ressenties, dans les états primitifs, comme des eaux jaillissantes ou des gaz dangereux (elle attribue la nature liquidienne ou gazeuse de ces premières sensations au vécu intra-utérin du fœtus qui flotte dans le liquide amniotique). Elle décrit le flot de sensations multiples et dispersées auquel est soumis le nourrisson qui, dans cette abondante sensorialité, se vit comme un ensemble d'organes non reliés les uns aux autres, si bien qu'il peut parfois être tout entier bouche, ou tout entier ventre, ou tout entier main. Le nourrisson vit son corps comme n'ayant ni fin ni limites concevables, et ses substances corporelles sont toujours menacées d'écoulement, de déperdition. Dans les moments de désorganisation, le bébé se sent anéanti, désintégré, et il a besoin de trouver un objet secourable.

4.1.2. Fonction psychique de l'objet contenant maternant

La fonction contenante est d'abord assurée par l'objet maternant avant d'être progressivement intériorisée, introjectée. Si les expériences réparatrices et intégratrices de rassemblement, de contenance, sont suffisamment répétées et de manière suffisamment rythmique, le bébé pourra établir au-dedans ce lien tissé avec son objet (externe – du point de vue de l'observateur, car la distinction interne/externe n'est probablement pas établie pour le bébé). L'introjection de la fonction contenante est une condition à la construction du sentiment d'identité et à la constitution des « enveloppes psychiques », telles que décrites par Didier Anzieu (1985 ; Anzieu *et al.*, 1987).

L'objet contenant est un contenant non pas au sens d'un récipient, mais au sens d'un « attracteur », comme dit Didier Houzel (1987, 1994), qui attire la vie pulsionnelle et émotionnelle du bébé. L'objet contenant rassemble la sensualité éparse et crée les conditions de maintien d'une « consensualité » (Meltzer *et al.*, 1975). Il

est par ailleurs un transformateur des vécus bruts non psychisables (René Kaës parle de « conteneur » [1978]).

Apport de Bion

Nous abordons là la fonction plus spécifiquement psychique de l'objet contenant maternant. C'est Bion qui donne les outils pour penser cette fonction. Winnicott (1956a) avait déjà parlé de la « préoccupation maternelle primaire » pour décrire l'état d'esprit de la mère et son fonctionnement psychique. Mais Bion (1962a, b, 1970) donne une représentation très précise et pertinente de l'interaction entre la psyché naissante du bébé et la psyché maternelle, interaction constitutive de la psyché de l'enfant. Bion construit trois principales notions pour décrire ce processus : la rêverie maternelle, la fonction alpha et l'appareil contenant-contenu, toutes trois étant intimement liées à la notion d'identification projective (que je décrirai en détail dans la partie suivante).

- *Rêverie maternelle.* Bion postule que la naissance et la qualité de la vie psychique d'un être humain sont tributaires non seulement de la mère (ou de l'objet maternant), mais aussi de la vie psychique de la mère et plus particulièrement de ce qu'il appelle sa *« capacité de rêverie »*. La rêverie décrit l'état d'esprit réceptif à toutes les projections de l'objet aimé, et capable d'accueillir ses identifications projectives, bonnes ou mauvaises.
- *Fonction alpha.* La fonction alpha transforme les contenus non pensables (éléments bêta) en éléments disponibles pour la pensée (éléments alpha). La fonction alpha permet à la mère de détoxiquer les projections du bébé dans sa rêverie interprétatrice.
- *Appareil contenant-contenu.* La fonction alpha permet ainsi d'appareiller les contenus projetés avec un contenant afin que ces éléments « contenants-contenus » puissent être réintrojectés et que le propre appareil à penser de l'enfant se construise peu à peu.

On peut ainsi dire que le bébé pense d'abord avec l'appareil à penser d'un autre. Son propre appareil à penser, sa propre fonction alpha, constitués dans et par cette interaction psychique intersubjective, lui permettront ensuite d'interpréter ses propres expériences émotionnelles, subjectives. La croissance mentale repose sur l'intériorisation des « contenants-contenus » formés par le processus d'identification projective.

Cette fonction qu'accomplit la mère pour le bébé, fonction alpha, constitue le premier pas dans l'activité de pensée. Ce processus repose sur un processus d'identification projective où le bébé clive et

projette une partie de sa personnalité qui se trouve dans un état chaotique et confus. L'objet adéquat dans lequel est expulsée l'expérience émotionnelle contient cette partie de la personnalité du bébé, et dans la « rêverie » commence le processus de formation du symbole et de la pensée.

Expérience prototypique du nourrissage

On peut voir comment, dans la situation prototypique de nourrissage, travaille cette interaction entre un bébé en état de désorganisation et un objet maternant qui va transformer le vécu chaotique du bébé en un vécu d'intégration. L'expérience du nourrissage donne l'expérience d'une conjonction plurisensuelle. En cas de détresse ou de désorganisation, le rappel d'une seule des modalités sensuelles peut souvent suffire à rassembler le bébé, à lui redonner un vécu d'intégration. Brazelton (1974) a d'ailleurs hiérarchisé la fonctionnalité des modalités d'apaisement d'un bébé agité et en pleurs (depuis la simple présentation du visage associée à la parole jusqu'à la prise dans les bras et le bercement, en passant par le simple contact d'une main, etc.) pour mesurer son aptitude à être consolé.

4.1.3. Premiers objets contenants : objets sensuels

Les premiers objets contenants sont des objets sensuels. Le bébé qui recherche le maintien de l'état d'intégration s'accroche à des stimulations sensorielles ou sensuelles qui focalisent un temps son attention et, par là même, maintiennent éveillé son sentiment d'exister. Entre ces « points d'agrippement » (voir Athanassiou, 1982), où il est rassemblé dans sa vie mentale, le bébé se désorganise et il est probable que, dans les états de désorganisation, de désintégration, est quasi absent tout vécu d'identité. Au défaut d'une fonction contenante adéquate répondra un agrippement à des sensations, à des objets-sensations qui maintiendront provisoirement l'illusion d'un rassemblement. Ainsi, chez un bébé de quelques jours ou quelques semaines, l'œil qui fixe une lumière, l'oreille qui s'arrête sur un bruit, l'attention qui se concentre sur un bercement sont autant d'équivalents de bouches qui s'agrippent à un mamelon.

Ces objets sensuels sont proches des objets ou des formes autistiques décrits par Tustin (1972, 1981, 1986). Leur production ou utilisation sont des manifestations caractéristiques de la position autosensuelle ou adhésive ou autistique que je décrirai dans la partie suivante. Les angoisses archaïques poussent le moi à utiliser les deux mécanismes de défense principaux dans cette position : l'identification adhésive et le démantèlement (nous y reviendrons).

4.1.4. Caractéristiques de la fonction contenante

Fonction alpha

La fonction contenante de l'environnement maternant est donc caractérisée par la rêverie, les processus alpha, au sens que donne Bion à ces termes.

Si la fonction alpha est perturbée, ou inopérante, les impressions des sens et les émotions demeurent inchangées et ressenties comme des « choses en soi », des éléments bruts et improductifs qui n'ont d'autre destin que d'être évacués. Ce sont les « éléments bêta ». Ceux-ci sont emmagasinés, mais, à la différence des éléments alpha, ils représentent moins des souvenirs que des « faits non digérés », des « vécus bruts ». Les éléments bêta ne peuvent pas, au contraire des éléments alpha, devenir inconscients, être mémorisés et mis à la disposition de la pensée.

Par exemple, la perturbation, voire la neutralisation de la fonction alpha et la prévalence des éléments bêta caractérisent la pensée psychotique. Le psychotique est aux prises avec les choses elles-mêmes, et non plus avec leurs représentations visuelles ou verbales. Les éléments bêta ne pouvant être rendus inconscients, il n'y a ni refoulement, ni suppression, ni apprentissage. Le psychotique est alors incapable de discrimination, il ne peut pas ne pas avoir conscience de la moindre excitation sensorielle, mais cette hypersensibilité ne constitue pas un contact conscient du psychotique avec lui-même ou avec les autres en tant qu'objets vivants, lesquels deviennent des objets inanimés. En effet, même s'ils sont décrits et ressentis comme matériellement présents, ils revêtent des qualités non vivantes.

Fonction symbolisante

Un autre aspect de l'environnement contenant est sa fonction symbolisante, comme le dit René Roussillon (1995, 1999a). L'objet contenant doit pouvoir se prêter à la symbolisation, doit pouvoir être utilisé par l'enfant pour symboliser. Il doit se prêter au « jeu » : pouvoir être attaqué, détruit, et résister à la destruction. C'est à cette condition que l'objet sera découvert en tant qu'objet réel, différencié de l'objet fantasmatique.

« Préoccupation maternelle primaire » (Winnicott)

L'environnement contenant a comme autre caractéristique d'être marqué par ce que Winnicott a décrit comme « préoccupation maternelle primaire » (René Roussillon a déjà repris cette notion

plus haut). Winnicott (1958, 1965, 1971b) a exploré les qualités nécessaires, chez la mère, pour un bon développement psychique du nourrisson. Outre les caractères d'adaptabilité d'une mère « suffisamment bonne » qui doit garantir les illusions du bébé, et les qualités physiques, qui concernent le « holding », le « handling » et la « présentation des objets », Winnicott définit les caractéristiques psychiques de l'objet maternant à travers sa notion de « préoccupation maternelle primaire ». Il démontre leur importance dans la construction des toutes premières fondations du moi. Cet état psychique particulier est décrit comme

> un état organisé [...] qui pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde, au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus. (1956a, p. 170)

La mère doit être capable d'atteindre ce stade d'« hypersensibilité » dans son attitude vis-à-vis du nourrisson, pour s'en remettre ensuite. Winnicott parle d'une « mère normalement dévouée à son enfant », capable de se mettre à sa place et de répondre à ses besoins, et n'hésite pas à utiliser le terme de « maladie » pour caractériser cet état psychique. La mère « guérira » de cet état lorsque l'enfant l'en « délivrera ». Ces propos illustrent très bien certaines caractéristiques de la symbiose et de ce que je décrirai plus loin comme position symbiotique.

Winnicott aborde aussi les cas où la tâche de la mère ne peut être assurée correctement. Il décrit comment les carences maternelles interrompent le « continuum » de l'enfant et peuvent engendrer une « menace d'annihilation », laquelle correspond à une angoisse primitive très réelle qui met en péril l'existence même du self.

Rythmicité des expériences

La qualité contenante et sécurisante de l'objet suppose par ailleurs une rythmicité des échanges entre l'objet maternant et le bébé, une ritualisation des soins maternels (voir Ciccone, 2005b, 2007). La rythmicité des expériences donne une illusion de permanence. L'absence n'est tolérable et maturative que si elle alterne avec une présence dans une rythmicité qui garantisse le sentiment de continuité. La discontinuité n'est maturative que sur un fond de permanence. Et la rythmicité donne une illusion de permanence.

La rythmicité permet aussi une anticipation des expériences, une anticipation de la retrouvaille et soutient ainsi de développement de la pensée – de la pensée de l'absence. Pour cela, l'objet ne doit pas

s'absenter un temps au-delà duquel le bébé est capable d'en garder le souvenir vivant. Winnicott (1971b) a bien souligné l'aspect traumatique de la séparation qui, au-delà d'un certain temps, produit une perte et plonge le bébé dans une expérience d'agonie. L'objet ne doit pas démentir la promesse de retrouvaille, et la retrouvaille doit s'effectuer de manière rythmique, et à un rythme qui garantisse la continuité (s'il faut nourrir un bébé toutes les trois heures, ce n'est pas seulement pour des raisons physiologiques).

Le rythme est ainsi constitutif d'une base de sécurité. La sécurité de base est l'effet d'une – ou suppose une – rythmicité, une expérience rythmique.

Fonction de sollicitation

Anne Alvarez (1992) décrit aussi les qualités dynamiques de l'objet contenant (le parent comme le thérapeute) et souligne l'activité de sollicitation de l'objet, qui doit non seulement satisfaire, infléchir ou transformer les besoins du bébé, mais aussi le solliciter, apporter, ajouter quelque chose pour enrichir son développement. La fonction de sollicitation suppose bien sûr de ramener un enfant déprimé ou en retrait à un niveau normal de présence, de le réanimer psychiquement pourrait-on dire, mais elle suppose aussi d'amener un enfant qui est déjà à un niveau normal à l'échelon supérieur de l'expérience émotionnelle (la joie, la surprise, l'étonnement, le plaisir, etc.). La mère ou l'objet maternant réclame l'attention, appelle le bébé à la relation, à la communication, l'appelle à naître en tant qu'être psychique.

Couplage des fonctions maternelles et paternelles

Une autre caractéristique de l'objet contenant est de coupler harmonieusement les fonctions maternelles et paternelles, j'y reviendrai plus loin. Les fonctions maternelles concernent la réceptivité, l'accueil des projections, la compréhension, etc. ; et les fonctions paternelles, la fermeté, la structuration, l'organisation des expériences, etc. Une combinaison harmonieuse de ces fonctions est nécessaire à l'intérieur de l'objet, et dans l'espace social des relations aux premiers objets, afin que l'enfant puisse introjecter une image de « parents combinés bons » (Resnik, 1986, 1994, 1999).

Rêverie, fonction alpha, préoccupation primaire, accordage affectif, rythmicité, sollicitation, couplage des fonctions maternelles et paternelles, voilà quelques-unes des qualités nécessaires à l'objet contenant maternant – outre, bien sûr, l'investissement, l'attention, l'atta-

chement et l'amour – pour aider le bébé à découvrir la réalité et à intégrer l'altérité.

On peut dire que les angoisses qui traversent le bébé sont, en fin de compte, toujours liées à un démenti de l'omnipotence et de l'autosuffisance narcissique. Autrement dit, elles sont déclenchées par une rencontre traumatique, brutale, avec le hors-soi, avec le monde, avec l'altérité. Tout développement psychique suppose une rencontre avec la réalité, avec l'altérité et se trouve tributaire d'une possible intégration de l'altérité.

4.2. Découverte de la réalité et intégration de l'altérité

4.2.1. Préservation du narcissisme du bébé

La rencontre avec l'altérité est toujours une source de souffrance, un démenti à l'expérience et aux convictions narcissiques. L'autre est une blessure pour le soi. Et c'est le narcissisme ou le travail du narcissisme qui va réduire l'altérité traumatique. Comment cela se passe-t-il ?

On peut dire, tout d'abord, que la confirmation du sujet dans son idéal narcissique réduit le traumatique de l'altérité. L'environnement a pour rôle de confirmer le narcissisme du sujet, tel qu'en parlent, par exemple, Grunberger (1975) ou bien Winnicott (1951, 1971b) avec ses notions de transitionnalité, d'objet trouvé-créé. L'environnement doit préserver les illusions nécessaires, éviter les désillusions brutales et favoriser un désillusionnement progressif. L'environnement doit donc protéger le narcissisme de l'enfant.

La protection du narcissisme de l'enfant passera en grande partie par une préservation des expériences transitionnelles, des autoérotismes, du travail du jeu.

4.2.2. Intériorisation des expériences par les modalités identificatoires

La découverte de la réalité et l'intégration de l'altérité supposent, pour réduire leur impact traumatique, une intériorisation par le bébé de ses expériences. Elle dépend de la nature des différentes modalités identificatoires auxquelles il a recours – adhésives, projectives, introjectives[1] – et de la complexification de son espace mental[2], (l'uni- et la bidimensionnalité caractérisent le monde autistique et l'adhésivité ; la tridimensionnalité autorise les processus projectifs ; la qua-

1. Je reviendrai dans la partie suivante en détail sur ces différents processus identificatoires.
2. Voir la description topographique des différentes dimensions de l'espace mental par Meltzer *et al.* (1975).

dridimensionnalité introduit l'historicité et caractérise les fonctionnements introjectifs).

On pourrait décrire sommairement le premier développement du rapport identificatoire au monde environnant et aux objets de la manière suivante :

- dans sa découverte du monde, le bébé adhère tout d'abord à des sensations (identification adhésive) ;
- puis il prend contact avec des formes, des surfaces, tentant une invagination dans le but d'une intériorisation dans laquelle il reste collé à l'objet (passage de l'identification adhésive à l'identification projective) ;
- puis, l'intériorité constituée, il pénètre l'objet, se l'approprie, l'inclut dans son espace, le traite ou le maltraite de différentes manières, dans un lien symbiotique marqué par une forte dépendance à l'objet (identifications projectives, préparant les identifications introjectives) ;
- lorsque la dépendance cède, l'objet peut être intégré, un travail de deuil est réalisé (identification introjective).

L'intériorisation psychique d'un objet de relation que réalise le bébé permet de supporter son altérité, sa séparation comme sa perte, et de retrouver l'objet en son absence, de l'avoir à disposition en quelque sorte. Cette intériorisation correspond à une reprise en soi des expériences vécues avec un autre. Cela rassemble donc toutes les expériences autoérotiques, comme le décrira clairement René Roussillon plus loin, tous les jeux entre soi et soi qui reprennent des situations de liens entre soi et un autre, des événements vécus, partagés avec un objet extérieur. Ces expériences se réalisent dans l'espace transitionnel, espace de jeu, espace d'illusion où est mise en suspens la différenciation entre le dedans et le dehors, entre le subjectif et l'objectif, entre le fantasme et la réalité. Le déploiement et la garantie d'un espace transitionnel sont les conditions de réalisation des expériences autoérotiques, et donc des processus d'intériorisation psychique, et d'intégration de l'altérité.

4.2.3. Préservation des autoérotismes du bébé

L'environnement doit préserver les autoérotismes du bébé, René Roussillon insistera sur ce fait. Par exemple : lors d'un échange ou d'une communication intime entre un parent et un bébé, on observera la manière dont le parent est amené à respecter un certain rythme dans l'échange. Il respecte notamment les retraits cycliques du bébé, sous peine de surexciter le bébé s'il lui demandait une présence continue dans la relation. Une communication maintenue continue, ininterrompue, parce que le retrait n'est pas toléré ou est trop angoissant pour l'adulte, a des effets désorganisateurs, des effets

de rupture, tout comme une communication trop pauvre ou trop dysrythmique par rapport au rythme du bébé (voir par exemple Decerf, 1987). Toute interaction créatrice, intégratrice respecte une certaine rythmicité, composée d'une succession d'engagements dans la communication et de retraits. Le retrait permet à l'expérience de se métaboliser. Il témoigne d'un investissement autoérotique de la pensée. Après un échange avec un autre – sa mère, un adulte – dans le monde externe, le bébé qui se retire de l'interaction rejoue la scène, métabolise l'expérience dans son monde interne. L'autre du monde externe est devenu un acteur de son théâtre interne.

Ces processus autoérotiques, qui permettent l'intégration de l'altérité, la réduction du caractère traumatique de l'altérité, se poursuivront plus tard à travers, par exemple, tous les jeux de l'enfant par lesquels il traitera les expériences agréables et surtout désagréables qu'il subit, en les rejouant, seul ou avec d'autres. C'est une façon d'intégrer l'altérité traumatique de l'expérience.

4.2.4. Perception et représentation

Ainsi, le bébé qui a vécu une expérience créatrice de lien avec un personnage de son environnement peut garder vivant en lui, dans son psychisme, ce personnage. Il peut garder vivante l'expérience un certain temps. Le bébé qui, par exemple, se sépare de sa mère peut garder vivante sa mère à l'intérieur de lui un certain temps. Au-delà de ce temps, sa mère interne n'est plus vivante, et le bébé se retrouve alors dans la situation urgente d'avoir à récupérer sa mère réelle, d'avoir à retrouver le contact avec sa mère externe. Et il est important, pour la sécurité interne du bébé, que sa mère soit réellement là à ce moment-là. La mère peut et doit s'absenter, mais son absence ne doit pas dépasser le temps pendant lequel l'enfant peut conserver une image vivante d'elle-même à l'intérieur de lui.

Un bébé qui vit des expériences telles qu'il ne peut pas développer cette capacité de garder l'objet en vie à l'intérieur de lui est un bébé qui, par exemple, ne peut jamais s'endormir seul. Il pleure, réclame d'une façon désespérée la présence réelle et permanente du parent, car en l'absence du parent, celui-ci n'a plus de vie dans l'esprit du bébé. Un tel bébé ne peut pas se consoler et se contenir par l'activité représentative, il a besoin de la perception. La perception ne laisse pas la place à la représentation. Par ailleurs, on peut penser que, dans une telle situation, si la mère n'est pas perçue, d'une part elle est perdue, et d'autre part le bébé s'éprouve comme tombé hors du psychisme maternel. C'est cette angoisse agonistique que le bébé retrouve lorsqu'il perd l'objet, et contre laquelle il luttera de diverses manières.

4.2.5. Processus de symbolisation et besoin de connaissance

L'intériorisation de l'objet, jusqu'à son introjection identificatoire, telle que j'en parlerai plus loin, correspond pour partie à un processus de symbolisation. C'est par la symbolisation des expériences que se développe le contact avec la réalité externe comme interne, et que se déploie la vie psychique. Et le jeu représente un paradigme de l'activité de symbolisation.

Si la confrontation avec la réalité s'impose au bébé et le contraint à un travail d'intégration, la découverte de la réalité est aussi recherchée par le bébé lui-même. Sa vie pulsionnelle le « pousse » vers l'objet – tout comme l'objet l'attire, l'attracte, comme je l'ai dit plus haut. Si les pulsions libidinales poussent le bébé à investir l'objet, elles ne sont pas les seules sources d'investissement du monde. Melanie Klein (1950) a parlé de la « pulsion épistémophilique » ; Bion (1962a) a décrit le « lien connaissance » qui, parallèlement et conjointement au « lien amour » et au « lien haine », relie le bébé à ses objets. Le bébé est très tôt intéressé par la découverte et la compréhension du monde qui l'entoure. Quand on observe des bébés, on les voit se comporter en véritables chercheurs, s'efforçant de résoudre des problèmes qui excitent leur curiosité. Très tôt, le bébé prend plaisir à résoudre des problèmes et investit le travail psychique pour lui-même. Le bébé ne cherche pas seulement la satisfaction pulsionnelle ou la satisfaction du besoin somatique. Il a aussi un besoin de connaissance, il prend plaisir à résoudre des problèmes.

L'altérité est bien sûr l'un des problèmes majeurs qui se pose au bébé, et sa résolution passe par un travail d'intégration, dans lequel le jeu, comme je le disais, et nous y reviendrons plus loin, occupe une place déterminante.

5. Formes de la relation première

5.1. Lien d'attachement

Lorsque la relation première se met suffisamment bien en place, on observe alors l'organisation progressive d'un lien d'attachement « sécurisé », c'est-à-dire confiant. Tout porte à penser que l'attachement décrit par Bowlby dans l'après-guerre est fondé sur un fond de réactions biologiques et donc qu'il a un fond « génétiquement » programmé. Cependant, l'observation différentielle montre que les enfants ne présentent pas tous les comportements manifestes de l'attachement, que certains enfants développent à

l'inverse des réactions d'évitement ou de rejet de leur mère, qu'ils peuvent réagir à sa présence de manière beaucoup plus ambivalente, alternant attrait et hostilité, voire qu'ils se désorganisent en sa présence. Tout cela plaide pour une conception de l'attachement qui n'est pas seulement déterminée génétiquement, mais qui doit aussi inclure une forte dimension liée aux caractéristiques de la relation qui se met en place, et qui permet, ou ne permet pas, que l'attachement potentiel puisse se manifester, ou qu'il prenne telle ou telle forme. Là encore, le développement des potentiels reste, en large partie, subordonné aux conditions de la relation intersubjective qui se met en place.

5.2. Miroir et « double »

La métapsychologie psychanalytique, nous nous sommes assez étendus sur ce point dans nos chapitres précédents, confère à la question de la pulsion et du « plaisir » une place tout à fait essentielle dans la régulation de l'économie psychique. Les psychanalystes ont été conduits par leur expérience clinique à accorder à la question du « partage de plaisir » entre mère et bébé une place tout à fait essentielle, déterminante, dans l'ensemble de la régulation affective et de l'échange premier.

Quand on aborde la question du plaisir, donc la question du « sexuel », il est important de déterminer ce qui produit le plaisir, quel est le « fantasme » ou la particularité relationnelle ou processuelle à l'origine de l'éprouvé de plaisir. Winnicott a souligné que l'environnement maternel avait une fonction de « miroir » dans le rapport premier. Quand le bébé « regarde le visage de sa mère c'est lui qu'il voit », mais, au-delà, il est probable que tout ce que fait la mère est traité par le bébé comme un « reflet » de lui-même. Non seulement son visage donc, mais aussi tout son corps et son comportement fonctionnent comme « miroir » pour l'enfant. C'est bien sûr l'un des sens du terme « narcissisme » : l'enfant se voit dans l'autre, il se « sent » dans l'objet.

Cependant, nous l'avons dit, il n'est plus possible actuellement de maintenir l'idée d'un stade complètement « anobjectal », reposant sur une totale indifférenciation primitive, dans laquelle le bébé ne percevrait pas l'objet. Donc, si l'objet est un « miroir », c'est aussi un autre. Les recherches en cours soulignent, nous l'avons dit, qu'il n'est pas douteux que le bébé « perçoit » dès le départ une forme de « mère ». Il n'entre pas en rapport de la même manière avec les objets selon qu'ils sont animés ou inanimés ; il est capable de les dif-

férencier presque d'emblée sur la base du type et du rythme des mouvements des objets. Il reconnaît « sa » mère et la différencie très tôt des autres humains. Dès les premières heures de sa vie, il « mime » les expressions du visage humain, expérimentant ainsi très tôt les états corporels et, partant, les premières formes d'états psychiques, des autres humains, singulièrement de ceux qu'il reconnaît déjà comme ses « proches », ses premières figures d'attachement.

Le bébé « perçoit » la mère telle qu'il est capable de la concevoir, de la « construire », compte tenu de son état de développement, mais aussi des formes et modèles dont il a la « préconception » innée. Mais cette « préconception » est d'abord directement ancrée dans la sensorialité. Elle semble être celle d'un autre partiellement différencié de lui, avec qui la question de la construction d'un lien, d'une rencontre se pose, mais aussi d'un autre dans lequel il va avoir à se reconnaître, c'est-à-dire, peut-être plus encore que d'un miroir, d'un « double » de lui-même. Ce que nous allons développer maintenant.

Le lien premier n'est pas « donné », sa forme non plus, même si, comme le dit W. Bion, ils sont sans doute « préconçus ». La clinique des échecs de la mise en place du « maternel » primaire ne laisse guère de doute sur ce point, et la question de son établissement, celle de sa construction puis de son organisation se posent successivement aux deux partenaires. Si la dépendance première est objective, la manière dont elle va être tolérée et appréhendée, c'est-à-dire subjectivement vécue par le bébé, va dépendre étroitement de la manière dont le lien primordial va se construire, et en particulier de la qualité du plaisir qu'il va contribuer à organiser. L'ensemble de la clinique du premier âge – je souligne bien de la « clinique » de celui-ci, car les « observations expérimentales » ne soulignent pas le fait – me semble démontrer qu'il y a un plaisir spécifique de la rencontre, et même la nécessité d'un « partage de plaisir ». Le partage de plaisir et la réciprocité du plaisir – ce qui ne veut pas dire la symétrie ni la similitude des deux, toutes deux étant souvent confondues à tort – sont une condition sine qua non pour que l'affect de plaisir du bébé se « compose », c'est-à-dire qu'il soit organisé et éprouvé comme tel, qu'il construise des représentants psychiques.

5.3. Relation narcissique paradoxale : homosexualité primaire « en double »

Il ressort de ce que nous venons de développer concernant le partage de plaisir entre mère et bébé que le « fond » de la relation première à la mère peut-être dit « homosexuel primaire » ou homosensuel primaire.

Le plaisir du bébé est pris dans le « ballet » de la rencontre avec un autre semblable, un double[1], un autre perçu dans son mouvement de miroir de soi. Un « double » est un autre même, c'est un semblable, un miroir de soi, mais c'est un autre, il n'y a pas de confusion entre soi et le double. Un double doit être suffisamment « même » pour être un double de soi, mais il doit aussi être suffisamment « autre » pour ne pas être soi-même.

Entre mère et bébé, le vecteur de la rencontre, celui qui conditionne le plaisir de la relation, et peut-être même la composition psychique du plaisir lui-même, nous reviendrons sur ce point, est le processus par lequel l'un et l'autre des deux partenaires se constituent comme miroir et donc double de l'autre[2]. Le modèle et l'hypothèse d'une « homosexualité (homosensualité) primaire en double » concernent au départ l'organisation de la relation première entre la mère et le bébé. Mais ils supposent aussi, que le « fond » de cette relation première reste présent et plus ou moins actif tout au long de la vie, en deçà des complexifications que l'histoire ultérieure apportera à cette ébauche première du lien. La relation à l'autre semblable, la perception que l'autre est au moins en partie un même que soi, le plaisir de percevoir chez l'autre cette similitude, cette identification primordiale donc est au fondement du sens social et des relations sociales. Freud l'avait très tôt perçu, puisqu'il attribuait à une transformation des mouvements homosexuels inconscients le fondement du socius.

Entre mère et bébé, la relation « de partage en double » doit s'établir à deux niveaux intriqués, mais néanmoins distincts : le premier niveau est celui d'un partage « esthésique », d'un ajustement et d'un partage de sensations corporelles, le second niveau est celui d'un partage émotionnel, d'un accordage affectif.

5.4. Partage « esthésique »

Le partage « esthésique » est le niveau premier et le plus fondamental, celui qui conditionne l'investissement libidinal premier du corps du bébé. Il s'observe à partir du « ballet » de l'ajustement mimo-gesto-postural réciproque entre mère et bébé. Aux gestes, mimiques, postures de l'un correspondent et s'ajustent, au mode

1. Les relations fortement investies comme la relation amoureuse, le transfert dans les situations thérapeutiques, ou encore l'hypnose laissent plus clairement que les autres « affleurer » ce fond.
2. Il va de soi que la découverte des neurones-miroirs apporte des confirmations biologiques à cette hypothèse (voir aussi Decety, 2004).

près, nous reviendrons sur ce point essentiel, les gestes, mimiques et postures de l'autre. Recherche, rencontre et éloignement l'un de l'autre, « respiration » du mouvement réciproque forment une espèce de « chorégraphie » corporelle dans laquelle s'ajuste, se communique et se transmet un cortège de sensations, ainsi « partagées », mais aussi régulées. L'investissement du corps et des sensations corporelles du bébé passe par la rencontre avec l'investissement du reflet que l'objet lui en communique en retour, par son ajustement lui-même.

Ce processus est à peine décelable à l'œil nu : il faut souvent décomposer, image par image, les enregistrements effectués (Stern, 1985) pour « voir » le ballet et saisir son économie « en double ». L'ajustement réciproque est largement inconscient. Il est aussi amodal, ce qui signifie qu'il n'est pas « symétrique » mais qu'il procède par correspondance modale. Au geste du bébé, compte tenu des moyens dont il dispose, en particulier du faible niveau de l'intégration motrice, correspond un geste de la mère, compte tenu des moyens dont elle dispose et des capacités d'intégration motrices qui sont les siennes. L'ajustement est réciproque – chacun s'ajuste à l'autre, tente de s'accorder à l'autre –, mais pas symétrique, car les moyens engagés ne sont pas similaires.

Les capacités de transfert sensoriel « amodal » qui existent d'emblée et sans doute persistent en sous-main toute la vie permettent d'établir des correspondances d'un sens à l'autre, d'un mouvement à l'autre, d'une perception sensorielle au mouvement correspondant. Elles sont tout à fait essentielles pour comprendre comment un autre peut aussi être un double. Le « double » peut être un miroir « exact » ou un miroir « amodal », c'est-à-dire un miroir « au mode sensoriel près », mais il est surtout un miroir s'ajustant, un miroir qui se définit par le processus d'ajustement lui-même, comme nous l'avons souligné plus haut.

Trois caractéristiques, au moins, sont ici essentielles pour comprendre comment s'établit cette relation ; il me paraît important de les relever dans ce contexte.

5.4.1. Capacités d'imitation innées

La première des caractéristiques de la relation « en double » a trait aux capacités d'« imitation » innées du bébé ; ici, le miroir est au plus proche de sa forme matricielle. Dès les premières heures de sa vie (Decety, 2002), le bébé est capable de reproduire les mimiques vues sur le visage de l'autre, de sa mère, très tôt investi, identifié et discriminé. Un dialogue mimétique peut commencer à se mettre en

place, bébé et mère peuvent se « répondre » en écho, et ainsi commencer à explorer « de l'intérieur » les mouvements de l'autre. Une certaine « connaissance » des états esthésiques et affectifs de l'autre semble donc pouvoir se développer. L'hypothèse clinique étant ici que, grâce à l'imitation corporelle, une première forme d'empathie des sensations et états de l'autre est rendue possible.

5.4.2. Capacité d'anticipation

Toutefois, le ballet de la rencontre ne peut s'effectuer que si chacun, mais le bébé plus particulièrement, peut anticiper les mouvements ou variations de l'autre, ce qui nous conduit à notre deuxième point. On peut faire le crédit à l'appareil psychique de la mère, qui a atteint une complexité adulte, de pouvoir s'acquitter de cette tâche sans trop de difficultés, si elle reste au contact avec ses mouvements profonds et spontanés. Comment en revanche le bébé peut-il anticiper les processus manifestés par sa mère ?

Il ne le peut que dans une certaine mesure. Une mère brusque, chaotique, donc imprévisible, débordera ses capacités d'anticipation. Quand la gestuelle maternelle ne déborde pas ses capacités, le bébé va s'étayer sur une étonnante aptitude à s'emparer des linéaments de « rythmes » qui se dégagent du mouvement maternel. Les bébés sont en effet dotés d'une capacité à repérer, organiser, décomposer et donc « concevoir » les rythmes des mouvements ou perceptions de l'autre. C'est le rythme, premier niveau d'organisation d'une forme de temporalité, qui rend possible une certaine « prédictibilité » de la mère et de ses mouvements. Le rythme définit une « séquence », permet d'anticiper une suite, de repérer une régularité et donc de « prévoir » la séquence suivante. Mais, là encore, il faut comprendre cette capacité à repérer des rythmes comme concernant une saisie « amodale » de ceux-ci. Le bébé peut transposer les rythmes « entendus », en rythmes « vus » ou en « mouvements » rythmiques, il peut décomposer les « mélodies » des gestes et les transposer en « mélodies » kinesthésiques, auditives ou visuelles[1].

---

1. Pour être encore plus précis, des recherches récentes viennent de mettre en évidence que, plus encore qu'aux rythmes, c'est aux *variations* de rythme que les bébés sont les plus experts. On a pu comparer ainsi et mettre en parallèle les « improvisations » rythmiques des duettistes de jazz, et celles que l'on peut observer dans la chorégraphie de la rencontre première entre mère et bébé. Pour pouvoir « improviser », il faut avoir saisi la règle rythmique implicite ; l'improvisation suppose un art dans lequel respect de la « règle du jeu » et liberté se combinent et s'harmonisent.

On remarquera au passage que si l'on peut « tricher » dans l'imitation mimétique de l'autre, en reproduisant fidèlement la mimique de l'autre, ce qui peut produire un effet de malaise, « sonner faux », « caricaturer », en revanche l'imitation amodale produit un effet de vérité, précisément du fait qu'elle n'est possible que sur la base d'un véritable partage esthésique. On ne peut se contenter de « montrer » un éprouvé en fait non ressenti : il faut ressentir effectivement pour « transposer » une sensation dans la forme correspondante, « au mode près ».

Signalons aussi les travaux d'un chercheur hongrois, G. Gergely (1998), qui souligne une particularité des « échoïsations » maternelles, et de la manière dont la mère reflète au bébé ses propres états internes. Il remarque que la mère, en même temps qu'elle partage et reflète au bébé ses propres états, donc en même temps qu'elle « fait le miroir », signifie au bébé qu'elle « fait » le miroir en introduisant des marqueurs qui différencient les moments où elle éprouve les affects s'adressant au bébé, et ceux où elle se contente de refléter à celui-ci ses états d'âme. La mère « méta-communique » sur le sens de ce qu'elle adresse au bébé, et protège ainsi ce dernier des menaces de confusion inhérentes au mode relationnel « en double ».

5.4.3. Capacité de jubilation

Enfin, dernier volet du triptyque, l'échoïsation esthésique inhérente à la cohésion et à l'harmonie de la chorégraphie première, lorsqu'elle peut être atteinte, produit un affect d'extase, de plaisir esthétique. Le terme « jubilation », repris du vocabulaire lacanien du « stade du miroir », me paraît être le plus adapté. D. Meltzer a pu souligner l'importance du sentiment esthétique dans le rapport premier de l'enfant au visage maternel, mais celui-ci n'a de sens que si l'accordage réciproque, le ballet premier, reflète aussi au bébé l'image d'une cohésion et d'une harmonie qui lui permet de se sentir, en miroir, suffisamment « beau » aussi.

L'investissement du visage et du corps de la mère s'ajustant aux mouvements et états esthésiques internes du bébé produit un sentiment esthétique et une jubilation, dans lesquels le bébé perçoit le reflet de sa propre « beauté » potentielle, de sa cohérence et de son harmonie. Bien reflété, le bébé est « beau », il se sent bon. Mal reflété, il commence à se sentir « vilain », vil, « méchant » et porteur d'un mal-être, d'un mal dans l'être. L'investissement du processus dans lequel le bébé se sent « reflété » par sa mère régule l'état « esthétique » du bébé et, au-delà, son état d'âme et d'être.

L'hypothèse fondamentale de « partage esthésique » premier concerne non seulement les premières formes d'affects, mais aussi les

premiers processus psychiques de transformation et de traitement des états internes.

Les premiers « pictogrammes » (P. Aulagnier), les premières figures des « signifiants formels » (D. Anzieu), les idéogrammes (W.R. Bion), les contenants formels (T. Nathan), les protoreprésentations (M. Pinol-Douriez), etc., c'est-à-dire l'ensemble des premiers processus du registre appelé la « symbolisation primaire », me semblent aussi être rencontrés, investis, mis en scène et explorés au sein de la relation de partage esthésique premier. D. Anzieu l'a toujours fortement souligné, les processus psychiques trouvent dans les sensations et expériences corporelles la matière première de leur mise en forme et de leur organisation.

J'ajoute que c'est dans le mode de « partage » de celles-ci – selon le terme proposé par C. Parat à propos de l'affect (1995) –, dans le type d'accompagnement et de reflet que l'objet premier leur fournit, que se puisent à la fois la matière et l'investissement de leurs futurs développements.

5.4.4. Conclusion

Le narcissisme primaire, l'investissement du corps propre et de son fonctionnement par le bébé, n'est donc ni immédiat ni direct. Il passe par le partage esthésique, il dépend de la médiation de l'investissement offert par l'objet dont celui-ci témoigne, il se « construit » en fonction de la nature et du type d'ajustement et de miroir que l'objet premier propose. Ainsi se traite le paradoxe du narcissisme primaire : l'investissement de l'objet se superpose à l'investissement de soi-même, sans antagonisme, pour autant que l'investissement de l'objet vienne refléter au sujet ses propres états ou des états correspondants « au mode près ». C'est aussi grâce à ces modes de communication primitifs que le vécu de dépendance première est rendu tolérable, l'impuissance première est estompée par la capacité à communiquer et à partager ces premières formes du sens.

Inversement, c'est dans l'échec de la chorégraphie corporelle première que commencent à se constituer les « failles narcissiques » à partir desquelles les pathologies dites « psychosomatiques », psychotiques ou « narcissiques » établiront leurs assises premières. Dans les aléas de celles-ci se préfigurent aussi les futures formes de dépendances problématiques et, d'une manière plus générale, les troubles narcissiques-identitaires.

Winnicott a pu faire l'hypothèse que, dans la relation première, le sein « trouvé » par l'enfant, c'est-à-dire le sein tel qu'il le perçoit, devait aussi être créé par lui, c'est-à-dire halluciné « dans » le percept, en même temps qu'il était perçu. L'accordage esthésique que je décris

plus haut me semble être la pré-condition pour que s'établisse le processus en trouvé-créé sur lequel nous reviendrons plus loin. Par ailleurs, la réussite de cet accordage estompe, autant que possible, la dépendance matérielle objective dans laquelle se trouve être placé le bébé. En revanche, elle ouvre la question d'un autre type de dépendance, sans doute beaucoup plus fondamental, la dépendance au « désir » d'ajustement de la mère ; c'est celui-ci qui commence à reconnaître au bébé le statut d'un véritable sujet. Les formes postérieures de l'accordage, les formes émotionnelles, devront le confirmer.

5.5. « Partage affectif » : accordage émotionnel

Le partage esthésique forme un fond sur lequel va s'établir la possibilité d'un « accordage » émotionnel, selon le concept proposé par D. Stern (1985). Déjà l'investissement des perceptions issues du corps propre produit des « sensations » et des états affectifs premiers, qui préfigurent les futurs états émotionnels du bébé. De l'affect de sensation à celui de l'émotion, il y a un continuum : l'émotion se « compose » à partir des sensations premières, elle est une forme complexifiée de celle-ci, même s'il existe aussi des émotions d'emblée observables. De la même manière, l'accordage esthésique en double « amodal » doit se prolonger en un « accordage émotionnel ». La relation en double continue de s'établir, de se « construire » jusqu'à ce que l'objet soit « concevable » comme différent de sa représentation interne.

Mais, de la même manière qu'il y a des sensations amodales, le partage émotionnel sera lui aussi en double « amodal », c'est-à-dire qu'il y a à la fois une correspondance « en double » dans l'accordage émotionnel, et une possibilité d'écart dans les modalités de l'expression émotionnelle, pour éviter les confusions entre les deux partenaires de la relation accordée.

D. Stern (1985) propose en outre une observation qui permet de compléter notre représentation de ce qui, dès le rapport primaire, commence à configurer la différenciation entre représentation et perception de la chose. Il souligne la fréquence d'un type d'ajustement maternel dans lequel la mère, lorsqu'elle trouve que l'expression émotionnelle du bébé n'est pas adaptée à la situation, qu'elle est excessive par exemple, atténue délibérément dans sa réponse l'intensité émotionnelle de son accordage. Il me semble que cette forme d'ajustement revient à commencer à transmettre au bébé la différence entre un affect « passionnel », intense, adapté à certaines conditions bien particulières, et un affect-signal qui se contente de

« représenter » l'affect, d'en donner le signe. Ainsi commencerait à se transmettre la différence entre la chose « en soi » et sa simple représentation, son simple « signal ».

Les descriptions de l'accordage émotionnel premier que nous proposent les cliniciens du premier âge concourent à donner de celui-ci une forme plus proche d'une « chorégraphie émotionnelle », faite d'une approche, d'une rencontre et d'un éloignement, que d'un « collage » ou d'une « fusion » émotionnelle. L'accordage, comme l'ajustement, est un mouvement, un processus, une tendance relationnelle ; ce n'est pas un état, ni une donnée immédiate de la relation ou du rapport premier.

Comme j'ai commencé à l'indiquer, la pulsionnalité qui s'exprime à travers la tension et le mouvement qui caractérisent la relation « en double » me semble être le signe d'une valeur fondamentalement « messagère » de la vie pulsionnelle. À côté de la place de la décharge, généralement considérée comme l'un des enjeux fondamentaux de la pulsion, il faudrait aussi pouvoir reconnaître à la pulsion la dimension d'un sens, d'un vecteur de toute communication en direction de l'objet, de ce que les philosophes phénoménologues ont appelé l'intention. Le plaisir et la satisfaction dépendent tout autant de la « décharge » de la tension interne, enjeu fondamentalement « narcissique » de la pulsion, que de l'échange, le message qu'elle porte vers l'autre le rendant possible ; l'enjeu est alors l'« objectalisation » de la vie pulsionnelle. Mais cette dimension « messagère » ne doit pas être entendue dans un seul sens, elle ne va pas que du sujet vers l'objet. À travers le mouvement pulsionnel, l'élan pulsionnel qu'il adresse à l'objet, l'enfant « questionne » aussi les « intentions », les désirs et investissements de l'objet à son égard. Il interroge l'objet, la place qu'il occupe pour celui-ci, il explore aussi la réceptivité de celui-ci à son endroit, sa disponibilité, bref l'état interne de l'objet à son égard. Il me semble important de toujours garder à l'esprit que l'enfant « interroge » le miroir que représente son environnement pour lui, qu'il « interprète » ce qui se produit dans l'autre comme une « réponse » à son propre mouvement, et donc qu'il « explore » ainsi la psyché et les mouvements psychiques de l'objet.

La future capacité à « réfléchir » l'objet en soi, donc la représentation interne de l'objet absent – ce qu'A. Ciccone appelle l'intériorisation –, dont nous avons déjà souligné l'importance dans la tolérance à la dépendance, passe par l'histoire de la manière dont on a été réfléchi par l'objet, par la manière dont celui-ci a pu assurer une fonction miroir « identifiante » de nos états internes ; elle dépend

donc aussi de ce qui a pu être exploré des états internes de l'objet en rapport avec soi. Si c'est au moment où le « miroir » perceptif de l'objet n'est plus là que l'on peut véritablement commencer à se saisir de soi-même, ce moment décisif ne peut être le « commencement » que s'il a été précédé de la mise en place d'une fonction réflexive héritière du miroir premier et de la manière dont l'objet a joué son rôle de miroir.

Signalons aussi que la relation primitive peut devenir conflictuelle pour la mère, en lien avec la complexité des plaisirs qu'elle y éprouve. Il y a le plaisir lié à « l'autoconservation de l'espèce », ce qui est une autre façon de désigner la question du plaisir de la maternité ; disons le plaisir d'être mère, le plaisir de « materner », qui inclut l'autoconservation de l'espèce. Mais le sein avec lequel le bébé a son « commerce » est aussi un sein érogène, est aussi le sein de l'érotique de femme ; c'est-à-dire qu'il a son « autoérotisme d'organe » propre d'une part, et sa place dans la sexualité adulte de la femme d'autre part. Ces différents plaisirs peuvent se conflictualiser, soit que la mère n'arrive pas à « désexualiser » suffisamment son sein pendant la tétée, soit, à l'inverse, que pour faire face au conflit qu'elle rencontre, elle le désexualise trop et perde ainsi le plaisir de la rencontre. Ce conflit a bien sûr un impact sur le bébé, en particulier sur sa propre capacité à éprouver le plaisir potentiel de la rencontre.

6. Fonction du partage de plaisir

Si le plaisir réverbéré par la mère et ses propres états internes n'est pas suffisant, l'affect de plaisir de l'enfant peut ne pas se composer et donc ne pas être éprouvé. Le plaisir lié à la baisse des tensions liées à l'autoconservation, et le plaisir lié à l'érogénéité de la zone, qui sont des plaisirs « narcissiques » et « psychosomatiques » en premier lieu, dans leur source, ne parviennent pas alors à trouver de « représentants » psychiques, ils restent à l'état potentiel, ne sont pas éprouvés comme tels.

Le plaisir trouvé dans la rencontre avec l'objet commande non pas l'existence des deux autres formes de plaisir que nous avons décrites, qui a sa source dans le soma, mais leur représentance psychique, leur capacité à affecter la psyché de l'enfant. Cela signifie que l'affect de plaisir lié à l'autoconservation et celui lié à l'érogénéité d'organe peuvent rester « inconscients », peuvent ne pas « devenir conscients ». Leur éprouvé, leur « composition » psychique, « dépend » de la qualité du rapport à la mère. La psychopathologie des troubles précoces le montre abondamment, quand l'éprouvé de

plaisir est absent de la relation, l'enfant ne « trouve » pas de plaisir, ne trouve pas le plaisir ; celui-ci est décomposé et le principe de plaisir est mis plus ou moins « hors jeu », l'autoconservation peut ellemême être menacée.

Tout cela invite à souligner de nouveau la différence entre le plaisir et la satisfaction, entre le « plaisir-décharge » et la satisfaction subjective qui résulte aussi du plaisir du lien. Le plaisir lié à la « décharge » pulsionnelle, ou celui de l'abaissement des tensions liées à l'autoconservation ne produisent pas nécessairement de sentiment de satisfaction chez le bébé ; celle-ci dépend de l'existence du partage d'affect, du partage du plaisir, et donc du plaisir de l'objet, et pas seulement de la décharge des excitations pulsionnelles liée à l'érogénéité de zone, ou à l'abaissement des tensions liées à l'autoconservation.

L'expérience de « satisfaction » première et fondamentale n'est pas simplement une expérience de décharge, une expérience de « plaisir », de n'importe quel plaisir. L'expérience de plaisir n'est une expérience de « satisfaction » que si elle s'accompagne d'un plaisir partagé, suffisamment partagé.

Mais le fait que le bébé trouve suffisamment de plaisir dans la relation au corps à corps premier avec sa mère est aussi tout à fait essentiel pour la vie psychique et le développement des capacités de synthèse de celle-ci. C'est sans doute dans les bras de sa mère que le bébé se sent le plus « unifié », qu'il peut « rassembler » les différents éprouvés auxquels il est confronté. Si, d'un côté, la mère, par son mode de portage, aide le nourrisson à se contenir et à se rassembler corporellement, il est important que le bébé investisse les moments de rencontre avec elle, qu'il investisse cette fonction « unificatrice » de « rassemblement », cette fonction dans laquelle il va pouvoir faire la « synthèse » de ses états internes. Le plaisir partagé, le plaisir pris dans la relation avec la mère, va rendre possible cet investissement, va inscrire celui-ci dans l'orbite du principe du plaisir, des « pulsions de vie ». En particulier, l'expérience de la tétée – et c'est l'une des raisons pour lesquelles la clinique psychanalytique accorde une telle valeur symbolique au « sein maternel » et au plaisir qu'il procure – rassemble les différents « brins » de plaisir que nous avons évoqués : plaisir de l'autoconservation, plaisir des zones érogènes, plaisir du « partage » ; elle rassemble des perceptions sensorielles et des états psychiques du bébé. Cette expérience est donc particulièrement importante dans la synthèse que le bébé peut faire de ses différents états, dans la liaison de ces différents états, dans leur « libidinalisation » et dans leur intégration d'ensemble. L'importance que la psychanalyse confère à la vie pulsionnelle ne

peut être comprise, si l'on ne pense pas que la pulsion est facteur de liaison psychique tout autant que de lien avec les objets, et que c'est par la liaison psychique que s'effectue l'intégration. C'est aussi pour cela que les conditions du plaisir et de la satisfaction sont l'objet d'une analyse attentive de la part des cliniciens.

7. Hallucination et illusion en trouvé-créé

Nous pouvons maintenant revenir sur un point essentiel : les accordages esthésiques et affectifs ont aussi une grande importance dans les capacités du bébé à éprouver et à intégrer les expériences primitives. Winnicott a pu le premier formuler la question des conditions de l'appropriation subjective des expériences premières du bébé. Il a en particulier souligné l'une des conditions fondamentales pour que l'appropriation première de l'expérience puisse se faire dans de bonnes conditions ; il nomme ce processus le « trouver-créer ». Nous allons décrire maintenant ce processus, mais, d'une certaine manière, l'ajustement et l'accordage que nous avons évoqués peuvent déjà être considérés comme des formes du mécanisme en trouver-créer, dans la mesure où ces processus contribuent à réduire l'altérité entre ce que le bébé éprouve et ce qu'il « trouve » au-dehors chez sa mère. Venons-en au processus décrit par Winnicott.

Nous l'avons dit, le bébé dispose de « préconceptions » de ce dont il a besoin, c'est-à-dire d'une réponse attendue en écho aux montées de tension qui l'habitent. Mais les premières expériences de satisfaction, d'abaissement de ses tensions internes laissent aussi une première forme de « mémoire » de ce qui peut être satisfaisant. Freud a proposé l'hypothèse selon laquelle, en cas de poussée de tension, l'enfant est capable d'investir les traces mnésiques des satisfactions antérieurement éprouvées, ou des préconceptions qu'il possède de ce qui peut le satisfaire. L'investissement des traces ou des préconceptions produit une « présentation » psychique de ce dont il a besoin, présentation caractérisée par un processus de type hallucinatoire. Autrement dit, l'enfant « hallucine » l'objet de satisfaction, il le « crée », selon le lien que propose Winnicott entre ce processus et la créativité innée.

Si la mère est suffisamment « ajustée » à son bébé, si elle est suffisamment empathique de ce qu'il vit et de ses besoins, suffisamment accordée, elle est capable de proposer au bébé la réponse suffisamment adéquate dont il a besoin. L'enfant « trouve » dans le monde extérieur ce qu'il « crée » dans son monde interne. Cette mise en coïncidence d'une hallucination interne et d'une perception ajustée est ce que Win-

nicott a proposé d'appeler le « trouver-créer ». Le bébé vit alors une expérience subjective d'illusion d'autosatisfaction. Tout semble se passer pour lui comme s'il créait ce qu'il trouve en fait, comme s'il avait l'illusion narcissique primaire d'être à lui-même la source de sa propre satisfaction. Selon Winnicott, et nous le suivons largement dans cette affirmation, cette illusion est une expérience facilitatrice de l'appropriation subjective de l'expérience. Elle évite au bébé d'avoir à gérer le dilemme de savoir si la satisfaction vient de lui ou de l'objet, de savoir qui est l'agent de celle-ci, selon les termes que nous avons utilisés antérieurement, dilemme qu'il n'a pas les moyens de traiter correctement dans les premiers temps de la vie. Ainsi, l'adaptation suffisamment bonne de la mère permet au bébé d'éviter d'être trop confronté à la conscience de son extrême dépendance à son égard et à la blessure narcissique que cela pourrait occasionner pour lui.

J'ai pu faire remarquer, en reprenant une indication de Freud de 1895a, que le processus en trouver-créer admettait en fait un certain écart entre ce que le bébé attend et crée, et ce qu'il trouve. De la même manière, j'ai souligné antérieurement que l'ajustement et l'accordage aussi supportaient un certain écart, qu'ils étaient « au mode près ». Mais cet écart ne doit pas dépasser les capacités d'adaptation du bébé. Le bébé fournit aussi en effet un certain effort adaptatif, peu important au début puis de plus en plus notable, mais bien sûr avec certaines limites. Il est même sans doute indispensable qu'il fournisse un certain travail, qu'il contribue ainsi effectivement à créer les conditions de sa propre satisfaction. Les développements cliniques actuels concernant la première enfance vont de plus en plus dans le sens de reconnaître la nécessité d'une certaine activité de l'enfant, de la manière dont il peut prendre l'initiative de certains processus.

Il faut aussi souligner que le bébé, s'il est bon qu'il contribue à sa propre satisfaction, doit avoir suffisamment le « droit » de ne pas tenir compte des états d'âme et d'humeur de son entourage, et de ne se centrer que sur son propre travail de maturation, qui est déjà considérable. Winnicott souligne que la forme « normale » d'amour et d'investissement que le bébé doit pouvoir offrir à son entourage premier est « impitoyable », c'est-à-dire précisément sans préoccupation, et qu'il fait confiance à ce dernier pour s'adapter à ses besoins et « survivre » à ce qu'il exige de lui pour sa satisfaction. Nous reviendrons, dans le chapitre suivant, sur la question de la « survivance de l'objet », thème considérable pour la subjectivité primitive et qui sera l'un des fils rouges de notre présentation d'ensemble.

Comme nous l'avons déjà souligné, mais il est bon de le faire à nouveau maintenant, lorsque l'environnement demande plus au bébé qu'il

ne peut fournir, il exige une adaptation excessive, et se trouve insuffisamment adéquat ; et de la même manière que le bébé tend à s'attribuer la réussite des expériences en trouver-créer, il s'attribue aussi les échecs de celles-ci. S'il a l'illusion d'être à la source de sa propre satisfaction, il a aussi l'illusion, que je propose d'appeler « illusion négative », d'être à l'origine des expériences négatives. C'est sans doute le fondement d'un sentiment interne de « culpabilité », l'une des sources premières du sentiment de « péché originel ». Si celui-ci est trop important, si le déplaisir qu'il occasionne est trop intense, le bébé peut alors tenter de mobiliser une défense active contre cet éprouvé et s'engager sur la voie de processus d'évacuation de tout sentiment de culpabilité, de tout éprouvé de responsabilité. Freud puis Winnicott ont proposé l'hypothèse qu'un tel mécanisme est à l'origine de la délinquance ou de processus observés chez certains criminels, devenus ainsi criminels par « sentiment inconscient de culpabilité ».

Au-delà de l'expérience bonne ou mauvaise, agréable ou déplaisante, au-delà donc du principe du plaisir/déplaisir, le bébé commence par se croire le créateur de ce qu'il trouve. Cela nous conduit à une réflexion sur l'illusion positive et l'illusion négative.

8. Illusion positive, illusion négative

Le processus en trouver-créer présente deux faces et génère deux types d'illusion :
- l'illusion positive lorsque le processus fonctionne bien, et que l'adaptation est suffisamment bonne et l'expérience subjective satisfaisante ;
- l'illusion négative lorsque l'expérience subjective n'est pas satisfaisante et qu'elle génère du déplaisir.

L'illusion positive provoque un « sentiment océanique » qui soutient la « pulsion de vie », l'élan vital, engendre l'investissement positif d'un soi qui a été capable de produire la satisfaction et le plaisir. Elle est à l'origine de la constitution d'un noyau de capacité de « croyance » en soi, de confiance en soi et dans le monde ; elle permet donc le développement de la créativité primaire. S'étayant sur les expériences d'illusion positive commence à se développer un rudiment d'estime de soi, qui soutient la spontanéité et l'espoir dans les potentialités d'accomplissement de soi. Enfin, l'illusion positive sollicite l'investissement des trajets psychiques, de la vie psychique elle-même, dans la mesure où ceux-ci ont été à l'origine de la satisfaction. Si l'hallucination « marche », elle doit continuer d'être investie et, avec elle, la vie psychique.

Inversement, l'illusion négative va développer des mouvements de la « pulsion de mort », favoriser les mouvements létaux, l'inertie.

Elle provoque un investissement négatif de soi et du monde, de type paranoïde. Elle est à l'origine d'un noyau de méfiance en soi et dans le monde, qui entraîne une retenue ou une désorganisation de l'élan vital. L'illusion négative sollicite les processus issus de la destructivité, les mouvements évacuateurs, ceux qui engendrent évitement et rejet, ceux que Freud a rapportés à la « pulsion de mort ». L'espoir du bébé peut être entamé, le sujet étant en proie à un vécu de culpabilité primaire harcelant.

Si les expériences d'illusion négatives durent trop, si elles dépassent et débordent les capacités d'espoir du bébé, elles dégénèrent alors en expériences agonistiques, c'est-à-dire en expérience de lutte (« agon ») ultime pour la survie psychique et même la survie de l'être. Les agonies primitives sont très importantes en psychopathologie : elles sont sous-jacentes aux menaces de perte ou de dissolution identitaires. Elles peuvent atteindre tous les secteurs de la vie psychique, même si elles se manifestent surtout par des sensations qui affectent l'expérience du corps : vécu de chute interminable, d'engloutissement, de dissolution, de liquéfaction, de démembrement, de fragmentation, etc.

La menace qui pèse sur la psyché est une menace de mort, d'anéantissement, contre laquelle vont se mettre en place des défenses extrêmes dont le démantèlement perceptif et le désinvestissement sont les formes les plus significatives. Le bébé se retire de ses sensations, fragmente celles-ci en unités insignifiantes ou qui tentent de l'être. Il se retire de lui, se retire de l'éprouvé de lui-même, il ne sent plus, se coupe de ses affects, perd le sens de lui et de l'autre.

9. Évolution vers la sortie du narcissisme primaire

L'évolution et la sortie hors du narcissisme primaire dépendent en grande partie de la répartition des expériences d'illusions positive et négative.

Si les expériences positives, par leur fréquence et leur qualité, l'emportent sur les expériences négatives, si donc il y a suffisamment de satisfaction et de plaisir, alors s'instaure le primat du principe du plaisir (il y a le choix), et les processus intégrateurs vont être plus puissants que les processus évacuateurs. L'espoir prime et le processus de maturation peut se poursuivre, les « logiques de la vie » s'installent.

Si, à l'inverse, les expériences négatives priment les expériences positives, le primat du principe du plaisir s'instaure difficilement, la contrainte de répétition tend à dominer la vie psychique, l'intégration des expériences psychiques, leur subjectivation, s'effectuant

mal. Le désespoir tend alors à dominer l'éprouvé psychique, et avec lui ce que Green a appelé les « logiques du désespoir », c'est-à-dire des logiques de la « survie » psychique plus que des logiques de la vie psychique et de la croissance.

Par ailleurs, ce qui compte dans les expériences d'illusions positives, c'est à la fois la réponse « spontanée » de la mère et sa réaction « profonde ». Le maternage premier n'est pas une affaire d'intellect, n'est pas une affaire de « savoir conscient » ; la mère « répond » au bébé avec ses affects et son organisation inconsciente. Cependant, il n'est pas nécessaire que la réponse « spontanée » de la mère soit d'emblée parfaitement adaptée. Il est important qu'elle soit suffisamment adaptée, mais il est non moins important que les deux partenaires « s'ajustent » l'un à l'autre ; ils se « transforment » réciproquement. C'est aussi dans l'éprouvé de cet ajustement que l'enfant puise la matière et l'expérience de sa capacité à « transformer » le monde, qu'il puise la préforme de sa créativité.

10. Fonction paternelle

Je ne peux clore ce chapitre sans un mot pour le père ou à propos des pères. Cette question est actuellement en cours d'évaluation : il s'agit là aussi de départir ce qui vient de la « nature » des différences liées au sexe et au genre, par rapport aux idéologies et phénomènes culturels qui les surchargent, mais un certain nombre de points peuvent tout de même être évoqués.

Pour des raisons qui sont liées à l'absence des conditions corporelles de la préoccupation maternelle primaire, le « paternage » premier diffère du « maternage » premier. Mais ces différences ne doivent pas être surévaluées, et les « nouveaux pères », comme notre époque les nomme, font la preuve des aptitudes paternelles au nursing premier. Dans les pays qui ont instauré un « choix » possible entre les deux parents pour le congé parental du premier âge, des pères ayant choisi de prendre ce congé alors que les mères reprenaient tôt le travail, on constate une bonne aptitude des pères à prendre soin des bébés, et une quasi-équivalence de l'effet de leur présence. Du moins jusqu'au 7-8ᵉ mois, car ensuite apparaît une différence dans la capacité à « calmer » les angoisses du bébé et une spécificité maternelle. Mais il est vrai que la décision des pères de prendre ce congé parental « sélectionne » peut-être certains pères. Les neurobiologistes ont cependant souligné qu'il semble que les bébés « classent » dans des zones différentes de leur cerveau ce qui concerne la relation avec la mère et ce qui concerne la relation avec le père.

Il est bien possible que la différence des sexes modifie le mode de maternage, pas nécessairement sa « qualité ». Mais notre hypothèse d'une « homosexualité » primaire « en double » permet de concevoir qu'un père assure aussi correctement les ajustements et accordages premiers et qu'il se propose aussi comme un « suffisamment bon » miroir premier pour le bébé. Bien sûr, il ne peut offrir le sein, mais il peut offrir une certaine relation « symbolique » au sein à partir des biberons, qui font souvent d'ailleurs l'affaire aussi chez de nombreuses mères.

Dans la situation « typique », il semble que la mère « présente » le père au bébé. Elle le désigne par les états affectifs particuliers qu'elle éprouve à l'égard du père, géniteur du bébé, et donc partenaire sexuel de celle-ci. Le fait que l'enfant soit issu de la relation sexuelle de la mère avec celui qu'elle « fait » père en concevant un enfant est « présent » dans le « triangle primaire », bébé, mère, père. Au sein de la relation homosexuelle primaire en « double », elle indique ainsi au bébé sa relation avec un adulte sexué, un adulte différent, un autre-sujet non double. D'une certaine manière, elle commence à introduire ainsi à la fois la question de la différence des sexes, mais aussi celle de la différence entre le plaisir qu'elle trouve auprès de l'enfant et celui qu'elle trouve auprès du père, la différence des plaisirs liés à la différence de génération.

Elle introduit ainsi, au sein d'un monde marqué par le « plaisir du double », un élément étranger, différent, et la question du plaisir pris dans cette différence, le plaisir de la différence. Celui-ci n'est pas étranger au bébé qui prend aussi très tôt du plaisir dans la manifestation de certaines différences. Les bébés n'aiment pas nécessairement la monotonie dans leur rapport aux situations et aux objets ; ils aiment et investissent les variations et les jeux d'écarts, mais sur fond d'une « constance » suffisante, dans un jeu du différent au même. Dans la relation de la mère au père, celle-ci introduit un autre type de différence, une différence dans la « qualité » du plaisir, dans la qualité des excitations, dans leur nature, et cette différence-là n'est pas de même nature que celle dont il apprécie habituellement la surprise. J. Laplanche a souligné que le bébé se trouve alors confronté à des signes « énigmatiques » pour lui, à la question d'une forme de plaisir dans laquelle quelque chose lui échappe. Tout cela va contribuer à permettre que se « creuse » la question de la conception de la différenciation.

A. Ciccone va poursuivre quelque peu ces réflexions sur les expériences de partage intersubjectif, pour souligner leurs fonctions dans l'émergence de l'activité de pensée. Il développera également la ques-

tion des fonctions parentales, et tout particulièrement de la fonction paternelle, ci-dessus introduite, au sein de ces expériences intersubjectives précoces.

11. Intersubjectivité et naissance de la pensée

A. Ciccone

Je poursuivrai le propos de René Roussillon sur le lien précoce et les expériences de partage dans la rencontre entre le bébé et son objet en soulignant la place et la fonction de l'intersubjectivité dans la naissance et le développement de la vie psychique. L'intersubjectivité est le lieu d'émergence de la subjectivité du sujet. J'indiquerai un certain nombre de travaux qui, dans des épistémologies différentes, développent cette proposition ou cette conception.

11.1. Notion d'intersubjectivité

La notion d'intersubjectivité a un double sens. Elle désigne à la fois ce qui sépare, ce qui crée un écart, et ce qui est commun, ce qui articule deux ou plusieurs subjectivités. L'intersubjectivité est à la fois ce qui fait tenir ensemble et ce qui conflictualise les espaces psychiques des sujets en lien. L'intersubjectivité est à la fois le lieu des transmissions/transactions inter- ou transpsychiques, et le lieu d'émergence des processus de pensée.

11.1.1. Recherches actuelles sur la modélisation de l'intersubjectivité

Tous les travaux actuels qui étudient le développement de la subjectivité, la naissance de la vie psychique, s'orientent vers l'étude et la modélisation de l'intersubjectivité, et ce aussi bien dans le champ de la psychanalyse que dans celui de la psychologie du développement, ou de la théorie de l'attachement, des sciences cognitives, voire de la neuropsychologie. On parle d'« accordage affectif » (Stern), de « partage émotionnel » (Trevarthen), d'« attention conjointe » (Bruner), de « soi interpersonnel » (Hobson), etc., autant de notions qui rendent compte de la manière dont la subjectivité, le sentiment d'être soi, se fonde dans l'intersubjectivité (voir Ciccone, 2004).

Le processus ou le procès de subjectivation, s'il prend sa source dans des expériences intersubjectives, nécessite ou suppose de ce fait

tout un travail psychique de l'objet. La subjectivation se déploie à partir du travail psychique de l'objet dont le sujet – ou le futur sujet – est dépendant.

Bion, dans son modèle profondément intersubjectif du développement, a bien mis en évidence, nous l'avons vu avec les processus de la fonction alpha, le travail psychique de l'objet dont le sujet est dépendant, travail psychique nécessaire à la croissance mentale du bébé. La pensée se développe dans le lien à un autre ; le bébé pense d'abord avec l'appareil à penser d'un autre, avant d'intérioriser cette expérience et de construire son propre appareil à penser.

Les conceptions de Bion, mais aussi celles de Winnicott sur le rôle de miroir de la mère (1967), ont conduit un certain nombre d'auteurs à décrire, parmi les processus intersubjectifs fondamentaux, la « fonction réflexive » de l'objet, sa fonction miroir. Un tel concept a également émergé et s'est développé dans le champ de la psychologie du développement, des théories de l'attachement, voire de la psychologie cognitive (voir Gergely, 2002 ; Fonagy et Target, 1997 ; Fonagy, 1999b ; et d'autres). Ces travaux ont consisté à examiner dans le détail les effets des troubles spécifiques de cette fonction réflexive.

Précisons que cette fonction réflexive ne se résume pas à refléter les humeurs, les affects, les émotions du bébé, pour lui permettre ainsi de se reconnaître dans un processus de réflexion en miroir. La fonction réflexive consiste à participer *activement* à transformer les émotions projetées, les communications du bébé, qui s'apparentent à ce que Bion (1957) appelait des « données des sens » ou des « impressions des sens », c'est-à-dire des fragments de sensations distinctes, sortes de chaos dans lesquels le corporel et le psychique, le soi et l'autre sont à peine différenciés. Le bébé a besoin d'une expérience primaire de contenance active de la part du psychisme de l'objet afin de pouvoir transformer les données sensorielles d'expérience en son propre esprit pensant.

Margot Waddell, par exemple, illustre très bien cette idée par un petit passage de Peter Pan où il est question d'une mère qui s'efforce de mettre de l'ordre dans l'esprit de ses enfants :

> C'est la coutume, le soir, chez toutes les bonnes mères, une fois leurs petits endormis, d'aller fureter dans leur esprit et d'y faire du rangement pour le lendemain matin, remettant à leur place respective les innombrables choses et notions qui se sont égaillées, égarées durant la journée. Si vous pouviez rester éveillés (ce qui, bien sûr, est impossible), vous surprendriez votre propre mère se livrant à cette activité et vous l'observeriez avec le plus vif intérêt. C'est un peu comme mettre de l'ordre dans un tiroir. Vous la verriez à genoux, je

> suppose, penchée, souriante, sur tout ce que vous recelez, se demandant où diable vous avez pris cette idée, allant de surprise en surprise – pas toujours agréable – pressant ceci contre sa joue qui lui paraît aussi doux qu'un chaton, rejetant en hâte cela hors de sa vue. Quand vous vous réveillez le matin, le mal et les passions mauvaises avec lesquels vous vous êtes mis au lit ont été pliés avec soin et relégués au fond de votre esprit ; et par-dessus, bien aérées, sont étalées vos plus jolies pensées, prêtes à vous vêtir. (Waddell, 1998, p. 44)

11.1.2. Courant interactionniste

Le courant interactionniste d'observation des bébés a particulièrement modélisé, à sa manière, l'intersubjectivité et ses processus. L'objet du courant interactionniste est essentiellement l'étude des interactions mère-bébé, d'abord dans leur dimension comportementale, mais aussi dans leurs dimensions affective et fantasmatique. Sont ainsi observées des *interactions comportementales*, des *interactions affectives* et des *interactions fantasmatiques*. On peut dire que Bowlby, avec ses travaux sur l'attachement (1969, 1973, 1980), a été un pionnier dans ce domaine.

Le champ d'observation englobe donc ici l'aire des échanges intersubjectifs inconscients. De nombreuses grilles d'observation, plus ou moins structurées, permettent de rendre compte de ces interactions (Brazelton *et al.*, 1978 ; Greenspan et Liebermann, 1980 ; Crittenden, 1981 ; Lebovici *et al.*, 1989 ; Sulcova [grille, in Dugnat *et al.*, 2001]).

Interactions comportementales

On observe les interactions comportementales : la fréquence des échanges, les modes interactifs, le déroulement des interactions, leur harmonie ou dysharmonie, la « contingence » des comportements. Ces indicateurs donnent une représentation de la qualité des échanges, de la cohérence de la communication entre la mère et le bébé. Ils permettent, ensuite, d'avoir accès aux autres niveaux d'interaction et qui regroupent les « interactions affectives » et les « interactions fantasmatiques ».

Interactions affectives

Les interactions affectives concernent les communications d'affects, les partages d'affects. Est observée la façon dont chaque partenaire communique, transmet des affects, perçoit les affects de l'autre, les identifie ou cherche à les identifier, cherche à provoquer un affect chez l'autre, etc. On observera, par exemple, les effets de ce que

Daniel Stern (1985) appelle l'« accordage affectif », et qui conduit la mère à reproduire la qualité des états affectifs du bébé, ce qui donne à ce dernier le sentiment d'être compris et accompagné dans ses émotions. On observera, autre exemple, la « référence sociale », la façon dont le bébé fait référence à l'expression du visage maternel et de l'affect qu'il communique (contentement, colère, peur, etc.) avant d'entreprendre une action, etc. (voir Klinnert, 1985 ; Sameroff et Emde, 1989 ; Emde et Oppenheim, 1995). Le comportement interactif est donc vu comme transmetteur d'affect.

Interactions fantasmatiques

Les interactions fantasmatiques concernent, elles, la manière dont chaque partenaire donne expression à des fantasmes dans l'interaction, et la manière dont les fantasmes de chacun répondent à, ou modifient, ceux de l'autre. On pourra, par exemple, observer comment un parent qui a développé tel fantasme, du fait de son histoire infantile et des liens particuliers à ses premiers objets, va indiquer ce fantasme dans ses interactions, et va indiquer au bébé la place qu'il doit y prendre. On peut dire d'un tel fantasme qu'il organise les interactions. L'observation des interactions fantasmatiques suppose bien sûr un travail d'interprétation, de quête d'un sens inconscient potentiel déployé par les interactions comportementales et affectives, mais aussi par bien d'autres éléments de la situation observée (voir Ciccone, 1998a).

« Moments de rencontre » (Stern)

Signalons la manière dont Stern (1997) a essayé de décrire, d'une façon tout à fait intéressante, l'expérience intersubjective dans ce qu'il appelle les « moments de rencontre ». Reprenant les concepts de certains travaux développementalistes et interactionnistes (en particulier Sander, 1988), Stern donne une figuration ou une représentation des « moments de rencontre » entre deux sujets (bébé-parent ; patient-thérapeute). Il définit ces moments comme des situations qui, suite à un déséquilibre du contexte intersubjectif, qui qualifie le lien entre ces deux sujets, vont transformer le paysage intersubjectif et produire un nouvel état d'organisation de l'intersubjectivité. Comment cela se passe-t-il ? Un élément va perturber le « mode d'être ensemble », c'est-à-dire la connaissance implicite partagée de chacun des partenaires ; cette perturbation, si elle est « mutuellement reconnue » (Stern insiste là-dessus), deviendra un « moment de rencontre » qui produira un nouvel état intersubjectif, une nouvelle connaissance implicite partagée, un nouveau mode d'être ensemble.

Stern reprend l'exemple suivant, qui illustre cette idée et donne une figuration de l'accès par l'enfant au langage commun.

Observation 1 (Stern)

Supposons un enfant qui commence à s'intéresser aux mots et qui est en train de jouer avec un camion rouge. La mère, à l'affût des occasions de lui apprendre des mots, va se saisir d'un moment propice - un moment où l'enfant est à la fois occupé à son jeu et ouvert à l'échange - pour dire : « Oh ! C'est un camion », insistant prosodiquement sur le mot qu'elle veut lui apprendre. Elle charge affectivement le mot et le détache de l'ordinaire pour que l'enfant y réfléchisse, y réagisse. La mère introduit donc une perturbation dans leur lien intersubjectif. L'enfant peut alors participer en disant : « Camion ? » pour la première fois de sa vie, tout en regardant sa mère.

Se sera ainsi créé à partir de la perturbation un moment de rencontre. Quel effet un tel moment aura-t-il ? Non seulement celui-ci aura enrichi la connaissance explicite de l'enfant d'un mot nouveau, mais il aura modifié sa connaissance implicite de l'espace intersubjectif qu'il partage avec sa mère. En effet, elle et lui savent maintenant qu'ils partagent cette réalité subjective selon laquelle il existe un mot (« camion ») relié à un objet précis. Chacun d'eux sait quelque chose de cette relation, mais chacun d'eux sait aussi que l'autre sait, et que l'autre sait que chacun d'eux sait. On a donc un nouvel état d'intersubjectivité. Et une fois cet état en place, la mère peut introduire une nouvelle perturbation en disant : « Oh ! C'est un camion rouge », etc.

Voyons maintenant plus précisément comment l'intersubjectivité est appréhendée dans la psychologie développementale et cognitive.

11.1.3. Approche de la psychologie développementale et cognitive

L'intersubjectivité est une notion très utilisée dans le champ de la psychologie développementale et cognitive. Que recouvre-t-elle, et quels indices les travaux dans ce champ donnent-ils quant aux processus intersubjectifs ?

La connaissance des compétences du bébé permet de parler d'une « intersubjectivité primaire » (Trevarthen). Le bébé aurait, dès les premiers mois, une sensibilité aux sentiments, aux intérêts, aux intentions des personnes de son entourage (Trevarthen, 1979, 1989b ; Trevarthen et Aitken, 1996b, 2003). La conscience de soi est conscience de l'autre, comme le dit Colwyn Trevarthen, qui a très bien décrit, par exemple, les « protoconversations » du bébé et de son partenaire dès les premiers mois.

Sommairement, on peut dire que si, dans les six premiers mois de la vie, le bébé est préoccupé, quant à son activité cognitive, à construire et à maîtriser le concept de l'objet (chose) – en réalisant un certain nombre d'acquisitions que l'on pourra comprendre comme témoins de l'organisation d'un état d'esprit produit par la position dépressive (l'objet est unique, permanent, a une frontière propre) –, entre 6 et 9 mois vont se développer les conduites dites de « contrôle intersubjectif » où l'enfant agit et observe pour voir l'effet produit, réalisant une « évaluation émotionnelle et partageable de la réalité » (voir Trevarthen et Aitken, 1996b), développant une « conscience commune » (témoin d'une intersubjectivité secondaire). Le contrôle intersubjectif se réalise par tous les comportements à travers lesquels le bébé cherche à produire une émotion chez l'autre, par les attitudes, les vocalises qui nuancent ses propres émotions, etc. Le bébé fait tout un travail pour apprendre comment les autres voient le monde et utilisent les objets. On observe ainsi un équilibre entre les motivations exploratoires pour maîtriser les objets et les motivations pour entrer en contact et communiquer. Se développent alors un protolangage et une communication intersubjective dans laquelle un thème partagé entre le bébé et son partenaire va accéder à une signification commune.

Des indices de cette communication intersubjective sont donnés d'abord par le regard, et en particulier par le regard dit référentiel : par exemple, et comme je l'évoquais plus haut, devant une situation nouvelle, inconnue, l'enfant dirige son regard alternativement vers l'objet attirant et vers l'adulte partenaire ; il cherche et lit dans le regard de l'adulte le sens émotionnel de la situation (voir le « test de la falaise » [Klinnert, 1985 ; Sameroff et Emde, 1989]). Des indicateurs d'intersubjectivité sont donnés par les conduites dites d'attention conjointe (Bruner, 1975) ; celle-ci consiste à partager un événement avec autrui, à attirer l'attention d'autrui vers un objet dans le but d'obtenir une contemplation commune. L'intersubjectivité est révélée par les comportements de pointage, en particulier le pointage dit protodéclaratif (Bretherton et Bates, 1979), qui consiste à montrer un objet ou un endroit où un événement se produit (ce qui est différent du pointage proto-impératif pour obtenir un objet, et du pointage pour nommer). Ces comportements et conduites véhiculent dans leur ensemble des messages protolinguistiques subtils et sont témoins de la constitution de ce que les cognitivistes appellent une « théorie de l'esprit » (voir Baron-Cohen *et al.*, 1985) – celle-ci indique la reconnaissance d'états mentaux chez soi et chez autrui, la reconnaissance d'une pensée chez autrui différente de la sienne propre.

Un certain nombre de travaux dans le champ cognitif ont mis en évidence que l'absence de ces comportements, de ces indicateurs d'intersubjectivité, est annonciatrice d'un développement autistique. En effet, un bébé qui, à 18 mois, n'a jamais eu de comportement d'attention conjointe, qui n'a jamais eu de geste de pointage protodéclaratif, qui n'a jamais montré de regard référentiel et qui, en plus, n'a jamais eu de jeu de faire semblant, est un bébé qui deviendra autiste avec une très grande probabilité (voir Baron-Cohen *et al.*, 1992, 1996). L'absence de ces signes témoigne d'une faillite de l'intersubjectivité, caractéristique de l'autisme.

À partir de 18 mois apparaît ce que les psychologues du développement appellent la « conscience réflexive » (Emde, 1999), que l'on peut considérer comme l'aboutissement d'expériences répétées de partage intersubjectif et de partage affectif. L'enfant devient par exemple capable non seulement d'entrer en contact avec un sentiment de désarroi éprouvé par un autre, mais aussi de s'impliquer dans cette situation par des actes adressés à l'autre : l'enfant à partir de 18 mois peut s'occuper d'un autre enfant en détresse, le consoler, l'aider.

Le développement des interactions qui soutiennent le partage ou le contrôle intersubjectif et qui déploient l'intersubjectivité suppose bien sûr tout un travail de l'objet, de l'autre, du partenaire du bébé. Il suppose notamment la réalisation suffisante de comportements que Stern a décrit par les termes d'accordage affectif. D'autres avaient bien avant lui parlé de « synchronie interactionnelle » (Brazelton *et al.*, 1974 ; Condon et Sander, 1974 ; Bower, 1977). Ce développement suppose aussi toute une activité d'ajustement de la part de l'objet, de régulation mutuelle, de « régulation émotionnelle mutuelle » (Stern, 1985 ; Tronick et Weinberg, 1997 ; Gergely, 1998 ; etc.). Il suppose tout un travail de l'objet dans sa fonction contenante, telle que je l'ai décrite plus haut.

11.2. Émergence de la pensée

À partir de ces expériences intersubjectives naîtront et se développeront la subjectivité ainsi que les pensées et l'activité de pensée du bébé.

Le terme « pensée » est évidemment complexe et recouvre un ensemble d'éléments différents qu'il faudrait distinguer. Bion avait tenté une telle distinction en classant, dans sa « grille » (1963, 1997), les pensées selon leur position dans l'histoire de leur développement génétique : élément bêta, élément alpha, pensée du rêve, préconcep-

tion, conception, concept, etc. Pour ce qui concerne les pensées primitives, émergentes, les « protopensées », plusieurs images, figures, métaphores ont été proposées pour essayer d'en rendre compte : « idéogrammes » (Bion, 1957), « noyaux agglutinés » (Bleger, 1967), « pictogrammes » (Aulagnier, 1975), « protoreprésentations » (Pinol-Douriez, 1984), « agglomérats » (Marcelli, 1985), « audiogrammes » (Maiello, 2000), etc. Toutes ces notions supposent une liaison entre différents éléments : sensoriels, perceptifs, affectifs, etc. L'activité de pensée est une activité de « liaison » – l'attaque à la pensée, qui caractérise la psychose, consistera en revanche en une activité de « déliaison » (Bion, 1959).

Daniel Stern (1993) donne, à nouveau, une figuration tout à fait intéressante de ces liaisons primitives et de l'émergence des processus de pensée, à travers sa conception des « enveloppes prénarratives », constituant non seulement les premières pensées, mais aussi les premières expériences subjectives, les prototypes d'expériences subjectives. En effet, Stern désigne par ce terme d'enveloppe prénarrative une première forme de représentation d'une unité d'expérience subjective ; il s'agit d'une construction qui émerge de l'expérience subjective du bébé et qui est constituée d'une constellation d'éléments invariants concernant différentes modalités de l'expérience. Par exemple, une enveloppe prénarrative sera constituée à partir de l'expérience subjective de la faim et de son apaisement. L'unité d'expérience rassemblera la sensation de faim, qui se modifie depuis le moment où apparaît la mère jusqu'au moment où le mamelon ou le biberon est en bouche (la sensation baisse puis s'intensifie) ; l'affect qui va suivre le mouvement de la sensation ; la perception visuelle de la mère, que le nourrisson va regarder intensément ; le contact tactile au moment du début du nourrissage ; les mouvements corporels désordonnés jusqu'à ce que commence le nourrissage. Une deuxième unité d'expérience, deuxième enveloppe prénarrative, sera constituée par le nourrissage jusqu'à l'apaisement de la faim, regroupant d'autres caractéristiques des mêmes modalités d'expériences. Bref, tout cela rejoint parfaitement les conceptions et descriptions de Bion (1962a) concernant l'émergence des pensées.

Mais ce qui est intéressant, c'est que Stern montre que cette unité d'éléments invariants est une *abstraction*, une véritable construction à partir des variations des invariants. Chacun de ces invariants est déjà une construction, une abstraction, à l'image par exemple de la manière dont le bébé reconnaît un visage : chaque fois, en effet, que le bébé voit le visage maternel, celui-ci est différent, tout au long de la journée ; mais le bébé va extraire de ces perceptions différentes les

invariants demeurant constants et qui constitueront le visage maternel. Bion avait déjà développé ce modèle selon lequel la conjonction constante d'éléments tirés et abstraits d'expériences émotionnelles répétées conduit à l'apparition du concept.

Le bébé va non seulement extraire, mais aussi construire ces invariants. Stern relate l'expérience suivante, tirée de la psychologie expérimentale (Strauss, 1979) : on montre à un enfant de 10 mois sept dessins différents d'un visage à intervalles de 20 secondes ; dans chaque dessin successif, un trait du visage a été modifié (nez plus long, oreilles plus basses, etc.) ; on demande ensuite à l'enfant de choisir parmi une série de dessins celui qui représente le mieux la série des sept dessins vus précédemment. L'expérience montre que l'enfant choisit un dessin qui correspond à la moyenne mathématique des différents emplacements des traits du visage qu'il a vus dans la série originale de sept dessins (le dessin choisi ne faisant pas partie de cette série). Il se passe la même chose pour l'expérience subjective : l'enveloppe prénarrative (de faim, par exemple) contient des invariants reconstruits.

Toutes les formes d'expériences subjectives organisées, qui contiennent en particulier une tension, une trajectoire dramatique proche du scénario (Stern fait de l'enveloppe prénarrative une préfiguration du fantasme), sont représentées en unités d'expériences, dites enveloppes prénarratives, et ce dès les premiers mois de vie, par répétition de ces expériences (rappelons qu'à l'âge d'un mois, un nourrisson a connu plus de 180 expériences d'allaitement presque identiques, et plusieurs centaines d'expériences d'alternance d'états émotionnels et d'interactions différentes). À partir de ces expériences répétées et de leurs variations successives, il va construire ses prototypes, par exemple ce que Stern appelle les représentations d'interactions généralisées (RIG), qui sont des sortes de moyennes des interactions, c'est-à-dire des créations à partir d'expériences réellement vécues, mais qui elles-mêmes n'ont jamais été vécues. Elles sont donc des abstractions.

Le bébé est très tôt capable d'opérations d'abstraction, à partir de sa sensorialité. On connaît par exemple l'expérience de Meltzoff (Meltzoff et Moore, 1979), qui consiste à faire sucer à un bébé de 3 semaines, sans qu'il la voie, une sucette ou une tétine de forme particulière (arrondie ou effilée, fine ou large, etc.), et à lui présenter différents dessins de tétines ou différentes formes dont celle de la tétine qu'il a en bouche : le bébé s'oriente de façon préférentielle vers le dessin de cette tétine, ou vers une forme similaire. C'est-à-dire que le bébé est capable de transférer dans le canal visuel, de reconnaître visuellement, des informations d'abord reçues par le canal tactile,

des formes d'abord explorées par la bouche. Cette capacité très précoce de transférer des informations reçues par un canal sensoriel dans un autre canal sensoriel et de les y traiter avec efficacité correspond à ce qu'on appelle la « perception amodale », ou l'« amodalité perceptive ». Le bébé possède ainsi une capacité très précoce d'abstraction, qui consiste à extraire à partir de ses perceptions une structure fixe, généralisable, transférable d'un sens à un autre. Il s'agit bien là d'une représentation construite.

L'actualisation de ces compétences du bébé, le développement de son activité de pensée supposent, encore une fois, un travail psychique de l'objet dans l'espace intersubjectif, lieu d'émergence des pensées et de la subjectivité.

12. Fonctions parentales (maternelle et paternelle)

A. Ciccone

Nous avons largement décrit les qualités de l'objet, les fonctions parentales nécessaires au travail psychique qui permettra au bébé de déployer ses propres processus de subjectivation. J'ai moi-même envisagé quelques qualités indispensables à la fonction parentale pour étayer le développement psychique de l'enfant, notamment lors de l'exploration des différents aspects de la fonction contenante de l'objet : attention, investissement, préoccupation primaire, réceptivité, rêverie interprétatrice et transformatrice, fonction alpha, accordage et ajustement rythmique, sollicitation, etc. Ces qualités restent essentielles tout au long de la croissance et de la construction de la vie psychique de l'enfant, du bébé à l'adolescent. J'ai souligné la nécessité d'une articulation des fonctions maternelle et paternelle. J'apporterai maintenant quelques précisions quant à la distinction de ces fonctions.

Si la modélisation de la fonction maternelle fait en général peu problème, la théorisation de la fonction paternelle peut prêter à débat (voir Ciccone, 2003b). René Roussillon a introduit la question du père dans les expériences premières, et je voudrais poursuivre et compléter cette réflexion.

12.1. Places du père et de la mère

La psychanalyse a souvent mis au premier plan l'aspect mythique de la fonction paternelle, et privilégié dans la représentation de la fonc-

tion paternelle la fonction symbolique de castration. Elle a souvent présenté le père comme d'une importance secondaire, après la mère, et servant surtout à introduire un écart entre le bébé et la mère, à interdire l'inceste, à énoncer la loi, etc.

Un certain nombre de psychanalystes, cependant, même s'ils reconnaissent bien sûr une primauté de la relation à la mère, constatent que le père est présent très tôt dans la vie et dans l'esprit de l'enfant. Melanie Klein (1945) signalait il y a longtemps la manière dont le bébé cherche le père dans la mère en tant qu'objet partiel (mais qui pour le bébé représente un tout). D'autres psychanalystes, notamment ceux qui ont réalisé des observations de bébés, reconnaissent au père sa pleine valeur en tant qu'objet concret d'investissement, de relation, et non seulement en tant qu'il serait porteur d'une fonction symbolique et d'une dimension mythique. Le lien intersubjectif tissé entre le bébé et le père est précoce et différencié du lien à la mère. Si Freud (1923b) considérait qu'avant d'avoir acquis une connaissance certaine de la différence des sexes, l'enfant se comporte de la même manière envers le père et la mère, les observations de bébés ont depuis longtemps démenti une telle idée.

Le père est présent et perçu d'emblée par le bébé comme un objet de relation. L'importance précoce du père a été largement mise en évidence par la psychologie du développement, les théories systémiques, les recherches sur l'attachement. Les travaux sur la cognition révèlent que le bébé reconnaît la voix paternelle dès 15 jours (Busnel *et al.*, 1989) – et la voix maternelle dès la naissance, voire in utero (Busnel, 1997). L'observation des interactions, dans le champ systémique, montre que le bébé apprend très tôt à gérer les interactions triangulaires ; il a un accès direct, d'emblée, au triangle interactionnel, il se développe dès sa naissance dans une triade familiale (Fivaz-Depeursinge, 2000 ; Fivaz-Depeursinge *et al.*, 1994, 1998 ; Fivaz-Depeursinge et Corboz-Warnery, 1999 ; Frascarolo, 2001). Les interactions triadiques peuvent être décrites en détail dès 2 mois (notamment les échanges interactifs précurseurs de l'attention conjointe). L'attention est coordonnée, les affects sont partagés avec les deux parents dès les premiers mois, mais peuvent l'être aussi avec deux expérimentateurs non familiers. Le bébé développe ainsi une compréhension rudimentaire mais précoce de ce qui se passe entre lui et deux autres sujets – même si, bien évidemment, rien dans l'observation des comportements, des interactions, ne permet d'affirmer que, subjectivement, l'autre, ou le deuxième autre, est un « autre » pour le bébé.

Ainsi, si dans la théorie psychanalytique le père, en tant qu'objet concret de relation, est quelque peu exclu, mis en position de tiers qui

aura pour fonction, entre autres, de conflictualiser le système dyadique mère-bébé, ici, il n'y a pas d'antériorité de la dyade : la triade est une donnée existante d'emblée au même titre que la dyade. Bien entendu, les modalités de cet « être trois ensemble » peuvent être diverses : la mère et le bébé plus le père, ou inversement ; la mère et le père plus le bébé ; la mère, le père et le bébé.

Par ailleurs, la description comportementale de la triadification, qui souligne la complexité des expériences relationnelles du bébé, reste cependant stérile si elle ne soutient pas une réflexion sur les conditions de passage de la triadification à la triangulation, qui suppose tout un travail de métaphorisation, comme l'indique Serge Lebovici (2001).

Enfin, si nombre de praticiens et de théoriciens semblent encore considérer le père, avant les 18 mois du bébé, de façon guère plus importante que n'importe quelle personne ou expérience faisant « tiers », les psychologues du développement ont largement mis en évidence la manière dont l'enfant perçoit, intègre dès les premiers mois les différences de stimulation entre la mère et le père et s'y ajuste de façon active, en particulier lors des échanges ludiques (Le Camus, 1995, 2000, 2001 ; Le Camus *et al.*, 1997). Dès la 2[e] année, le développement du langage, par exemple, intègre les différences de communication que vit le bébé avec la mère et avec le père. Les travaux sur l'attachement, par ailleurs, montrent qu'à 18 mois le bébé a développé des modalités d'attachement qui peuvent être différentes avec l'un et l'autre des parents – attachement sécure avec l'un et insécure avec l'autre, par exemple (Main *et al.*, 1985 ; Fonagy *et al.*, 1991 ; Steele *et al.*, 1996).

Si le bébé est d'emblée confronté à la différence de ses partenaires, et s'il est capable de différencier finement ses partenaires, on peut dire qu'il est confronté à l'écart, à l'espace de lui à l'autre et à l'espace entre plusieurs autres ; il est confronté à l'altérité, et à l'altérité à l'intérieur de l'autre ; bref, il est confronté à la « tiercéité » – pour reprendre un terme actuel – au sens que donnait le logicien et philosophe Charles Pierce (1904) à ce terme, pour décrire la structure trivalente de la pensée logique : la tiercéité en tant que « mode d'être de ce qui est tel qu'il est, en mettant en relation réciproque un second et un troisième » (p. 22).

C'est l'un des aspects non pas du père mais de la *fonction paternelle* que de créer cet écart, ainsi que de le gérer, de le supporter, de le contenir. Envisageons quelques figures de cette fonction paternelle.

Il convient bien entendu de différencier le père et la fonction paternelle, en tant que fonction psychique. La fonction paternelle ne

revient pas seulement au père. Elle est par ailleurs articulée à la fonction maternelle, et ce à l'intérieur de chacun des parents.

12.2. Fonction paternelle

12.2.1. Fonction paternelle d'appui

Un des premiers aspects de la fonction paternelle est de servir de support à la fonction maternelle. Le père soutient, étaye la mère dans son investissement du bébé, dans son dévouement, dans sa « préoccupation maternelle primaire », au sens que donne Winnicott à ce terme. Il supporte et contient la relation mère-bébé, en particulier les angoisses, les peurs, les turbulences émotionnelles que génère et que suppose une telle relation. Le père est ici la figure de sainte Anne dans le tableau de Léonard de Vinci, *La Vierge, l'Enfant Jésus et sainte Anne* (vers 1510), où l'on voit sainte Anne porter la mère assise sur ses genoux et envelopper de son regard, de son attention l'échange intense entre la mère et l'enfant, qui partagent un regard mutuel (en même temps que l'enfant est occupé à un jeu).

Le père a une fonction de soutien, d'étayage, mais aussi de confirmation narcissique de la mère. Il veille au narcissisme maternel fragilisé, rendu particulièrement sensible par l'expérience bouleversante de la maternalité. Cela dit, l'expérience de la paternalité est elle aussi bouleversante, désorganisatrice et à l'origine d'une nécessaire néo-organisation psychique. La parentalité, pour la mère comme pour le père, est l'effet d'une crise mutative.

12.2.2. Fonction pont du père

La fonction paternelle ne se résume pas à séparer, interdire, castrer, ainsi qu'elle est souvent présentée. Bien avant de séparer, le père réunit la mère et le bébé, il assure les conditions de la rencontre, du lien. Salomon Resnik (1994) décrit la fonction pont du père : un pont sépare et réunit en même temps. La fêlure de la situation symétrique originaire provoque une séparation, une « triade », mais produit aussi un « abîme » dans lequel le sujet ou le futur sujet peut chuter (1994, p. 114). Le pont paternel permet de rejoindre la rive au-delà de la fissure, de rejoindre l'objet, de passer de la fusion à l'identité sans tomber dans le gouffre de la séparation. La fonction paternelle est une fonction qui réunit – qui sépare et réunit en même temps. Salomon Resnik emploie l'expression de « triangle linéaire » pour décrire cette figuration première, primitive de la tiercéité, antérieure au triangle œdipien ou pré-œdipien.

La fonction paternelle permet le lien nourricier, elle est gardienne de l'espace où la mère nourrit le bébé. On peut trouver une telle image, par exemple, dans la description de la fonction du surmoi par Cléopâtre Athanassiou (1995). Celle-ci donne un exemple éthologique illustrant la délégation ou la spécialisation d'une partie du moi pour que l'autre puisse se livrer sans danger aux activités d'autoconservation : lorsqu'un pigeon picore seul, il passe une grande partie de son temps à surveiller les environnements ; en revanche, lorsque les pigeons picorent en groupe, quelques individus assurent la fonction de sentinelle, de gardien, pour permettre aux autres de se nourrir tranquillement. On peut dire que cette fonction surmoïque, par délégation ou par spécialisation d'une partie du moi, représente un aspect de la fonction paternelle : celle-ci a pour visée de veiller afin que les fonctions maternelles se déploient en sécurité.

Permettre à la mère et au bébé de se rejoindre, de communiquer, garder cet espace de rencontre, de lien, le protéger des attaques internes et externes est un aspect essentiel de la fonction paternelle.

12.3. Fonctions parentales et couple

Le bébé est confronté d'emblée à la triade, ainsi que je le disais plus haut. La mère et le père, en tant qu'êtres différents, sexués, sont à l'origine d'expériences singulières pour le bébé, qui va rapidement apprendre à les discerner, à les identifier. On peut également dire que le bébé est confronté non seulement à la rencontre de deux parents, mais aussi à la rencontre d'un objet en soi : le *couple*. La fonction paternelle tout comme la fonction maternelle vont ainsi intégrer la dimension du couple et vont travailler, chacune à leur manière, à articuler la différence, qui ouvre à la symbolisation. Le couple va organiser chez le bébé le rapport à l'altérité, la différenciation des sexes et des générations, selon des modalités tributaires de sa propre organisation, plus ou moins harmonieuse. Père et mère apportent des choses différentes, et apportent chacun l'articulation de l'un avec l'autre. C'est une telle articulation que supporte la tiercéité.

Par ailleurs, un couple harmonieux, créatif, satisfaisant a des effets de confirmation narcissique pour chacun des partenaires. Mère et père trouvent dans un tel couple un appui au développement critique de la maternalité comme de la paternalité. Le couple soutient alors les fonctions maternelles et paternelles de chacun de ses membres. Le couple est ainsi le lieu d'une double articulation : il articule les fonctions maternelles et paternelles entre elles, et il articule l'érotique au parental.

On peut évoquer la manière dont Michel Fain (1971) parlait de la « censure de l'amante » pour rendre compte de cette articulation du sein nourricier accessible au bébé et du sein érotique réservé à un ailleurs. On pourrait aussi parler d'une « censure de l'amant », la fonction paternelle effaçant l'érotique du père tourné vers un ailleurs et auquel elle s'articule.

C'est l'articulation de la différence, bien plus que l'imposition ou la prescription du manque, qui ouvre la voie de la symbolisation et la supporte.

12.4. Fonctions parentales et bisexualité psychique

Si le couple articule les fonctions paternelles et maternelles, celles-ci s'articulent au sein même de la bisexualité psychique, qu'elles organisent et qui les organise dans le même temps. Les fonctions maternelles et paternelles se retrouvent à l'intérieur de chaque sujet, de chaque parent, dans le jeu de la bisexualité psychique.

Quelques notions rendent compte de cet aspect à la fois archaïque et toujours présent des fonctions parentales. Salomon Resnik (1986, 1994, 1999), par exemple, décrit les « parents combinés bons », objet interne qui articule les fonctions maternelles, figurées par l'horizontalité, la réceptivité, la contenance, et les fonctions paternelles, figurées par la verticalité, la fermeté. Si la notion de parents combinés désignait chez Melanie Klein (1932, 1950, 1952b, 1957, 1961) une figure persécutrice représentant les parents unis dans une relation sexuelle confusionnante et dévastatrice, la notion de parents combinés bons rend compte de l'alliance harmonieuse des fonctions maternelles, qui contiennent l'expérience, et des fonctions paternelles, qui la structurent, la coordonnent, l'organisent. Didier Houzel (1987, 1994) décrit aussi un tel modèle, lorsqu'il envisage la nature de l'enveloppe psychique, laquelle doit allier des aspects maternels et paternels : tout se passe comme si les qualités de solidité et de résistance de l'enveloppe se situaient au pôle paternel, et les aspects de réceptivité et de contenance au pôle maternel. L'enveloppe psychique, pour remplir ses fonctions, doit ainsi articuler étanchéité et perméabilité, consistance et élasticité.

Si l'articulation et l'intégration de la bisexualité psychique participent à la constitution de l'enveloppe psychique, ou de la fonction enveloppe (Ciccone, 2001), on peut dire aussi que de tels processus œuvrent à l'intériorisation d'un objet support, d'un objet qui donne un appui et une sécurité au sentiment d'identité, au sentiment d'être. Il en est ainsi, par exemple, de l'objet support que décrit James

Grotstein (1981) et qu'il nomme « objet ou présence d'arrière-plan d'identification primaire ». Joseph Sandler (1960) avait avant lui parlé d'« arrière-plan de sécurité ». Un tel objet interne support correspond à l'intériorisation du holding maternel : les bras qui soutiennent le dos du bébé lui donnent un appui ferme et permettent au regard, au visage, au-devant du corps de communiquer, d'être en contact avec l'objet. La fermeté des bras porteurs représenterait ainsi un aspect paternel.

Une manœuvre autoérotique de certains bébés peut illustrer cette articulation des pôles de la bisexualité psychique.

Observation 2

Certains enfants sucent leur pouce de cette manière particulière qui consiste à appuyer fortement le pouce contre le palais et l'arrière de l'arcade dentaire, à appuyer l'index contre l'arête du nez, et à caresser la lèvre supérieure avec le majeur.

Cette pince ainsi formée sur l'arcade dentaire et l'arête du nez, projections du dos et de la colonne vertébrale ferme, représente un aspect de la fonction paternelle. La lèvre caressée représente le mou et le sensible de la communication, du lien, aspect de la fonction maternelle.

Le lien, le contact maternel sensible et communicant doit être encadré par du ferme, articulé à du paternel pour que l'expérience soit coordonnée, sécurisante, identifiable et assimilable par le moi.

CHAPITRE 6

La sortie hors du narcissisme primaire : le « détruit-trouvé »

1. Du narcissisme primaire au narcissisme secondaire

Le narcissisme primaire représente une première forme de la subjectivité, une forme paradoxale dans la mesure où le sujet n'est qu'émergent, il n'est là que comme sujet potentiel, en advenir, et pour autant qu'il se « rassemble » et qu'il soit investi, reconnu et accrédité par l'autre « double » de soi, l'autre « régulateur de soi », comme D. Stern l'appelle. Le sujet véritable ne pourra vraiment être reconnu comme tel, et se reconnaître comme tel, que s'il atteint une différenciation plus marquée, que s'il peut s'autonomiser et autonomiser sa fonction de sujet. Cela ne peut se produire que si la subjectivité quitte petit à petit la position narcissique première et l'illusion qui la caractérise d'abord, c'est-à-dire que si elle peut accepter de discriminer progressivement la part de l'autre et la part de soi, que si elle peut conquérir le droit à la différenciation : c'est l'enjeu du narcissisme secondaire. Mais le chemin est encore long, peut-être même asymptotique, avant que cette conquête ne soit pleine et entière, il va devoir s'effectuer étape par étape, fragment par fragment, « détails par détails » comme l'écrit Freud à propos du processus de deuil.

Chaque étape sera marquée à la fois par l'ampleur du « pas » que la psyché va devoir effectuer en dehors de la « position » narcissique première, et en même temps par les transformations et transpositions qu'elle va devoir mettre en place pour accepter et assumer la lente désillusion que ce processus implique. Ce sont ces différents « pas » qu'il nous faut retracer maintenant, et dont il nous faut mesurer quelles transformations ils introduisent.

Le premier de ceux-ci, celui qui fera l'objet de ce chapitre, est aussi le plus décisif : il introduit la première mutation significative au

sein de la position narcissique primaire. C'est elle qui va commencer à déconstruire l'illusion narcissique première et à rendre possible une première conception de l'objet, et donc du moi en rapport avec l'objet. Elle va donc introduire l'enfant à la position narcissique « secondaire ».

Si l'objet, l'autre-sujet, est, comme nous l'avons dit, d'emblée perçu comme autre, cela ne signifie pas qu'il soit conçu comme tel, qu'il soit « vécu » et « représenté », appréhendé comme tel, c'est-à-dire comme autre-sujet. Les différences dans l'organisation de la subjectivité se traduisent par des différences dans le mode d'appréhension subjectif. Un objet perçu n'est pas un objet conçu. La perception de l'objet suppose un certain type d'expérience subjective, celui de la discrimination et de l'organisation de la perception. La conception suppose en plus un autre type d'expérience, « conceptuelle », c'est-à-dire d'un niveau d'abstraction supplémentaire, et la rencontre avec des expériences qui permettent de rencontrer l'autre comme un autre-sujet, et pas seulement comme un objet. Nous devons une fois de plus à Winnicott, grand explorateur des expériences et formes de la subjectivité, d'avoir précisé l'une des expériences subjectives essentielles pour que s'amorce la conception de l'altérité de l'objet. Je proposerai le terme d'expérience de la « survivance de l'objet », ou expérience du « détruit-trouvé », pour utiliser une formulation parallèle à celle du trouver-créer, dont nous avons vu qu'elle était fondamentale dans l'instauration du lien.

Il est nécessaire cependant, avant de décrire cette notion, de rappeler que si, de notre point de vue, ce sont les expériences subjectives qui sont déterminantes, celles-ci ne peuvent jouer que sur le fond d'autres modifications qui les rendent significatives ou les préparent. Comme nous l'avons déjà souligné, l'évolution est multifactorielle, elle s'effectue sous l'action de facteurs de différents niveaux et de différents types qui produisent un amalgame, une confluence, une coincidence, qui est spécifique. Ainsi, pour ce qui concerne les facteurs qui contribuent à ce qu'un pas soit fait en dehors de la position subjective « narcissique primaire », il faut évoquer, à la suite de Freud, la maturation neurologique qui augmente les capacités de discrimination perceptive, et la maturation de la motricité, qui augmente les capacités de différenciation fondée sur l'action. Freud (1915c) fait en effet de la perception et de la motricité les premiers grands vecteurs de « l'épreuve de réalité » et donc de la discrimination moi/non-moi.

Les capacités cognitives se développent donc, elles aussi, dans les mêmes proportions. Elles contribuent sans doute à rendre potentiel-

lement significatives les expériences subjectives que la métapsychologie reconnaît comme déterminantes. Elles constituent un fond sur lequel les expériences relationnelles vont pouvoir advenir.

La psychanalyse a commencé par attribuer à la frustration des désirs par l'objet, en particulier ceux qui concernent l'omnipotence infantile, cette « illusion de toute-puissance » qui fait que le bébé se croit le créateur de sa propre satisfaction, un rôle tout à fait essentiel dans la découverte de l'altérité de l'objet autre-sujet extérieur. Il est probable que la rencontre avec la limite contribue à la conception de l'altérité de l'objet, mais nous avons vu dans le chapitre précédent que, dans les âges précoces, la frustration produit vraisemblablement plutôt une « illusion négative », un sentiment d'échec et de culpabilité, qu'un processus de désillusionnement. La théorie suivant laquelle l'altérité et la différence sont découvertes et commencent à être concevables à partir des expériences de frustration des désirs apparaît donc, à l'heure actuelle, plutôt comme une expérience plus tardive, comme un temps second de l'épreuve de réalité, que comme l'expérience subjective première qui fonde celle-ci ; elle suppose un préalable. En effet, l'hypothèse de Freud suppose que l'enfant puisse s'éloigner par lui-même des sources d'excitations, pour pouvoir sentir ainsi qu'elles sont externes. Elle suppose le libre exercice de la motricité qui n'est pas encore à la disposition du bébé des premiers âges.

L'hypothèse complémentaire de Winnicott, que nous avons commencé à évoquer, me semble plus adaptée aux premiers temps des processus de différenciation. Pour bien comprendre la pertinence de sa pensée, il faut en situer la logique dans le contexte du début des poussées dentaires, mais aussi dans le processus de « désadaptation » progressive de la mère, qui caractérise la sortie hors de l'état de préoccupation maternelle primaire.

Le sevrage est classiquement référé à l'époque de la poussée dentaire, à la menace que la dentition fait peser sur le sein et l'allaitement, mais il est aussi directement en lien avec les modifications qui s'établissent progressivement chez la mère. Au fur et à mesure que le bébé commence à grandir et se développer, et parallèlement à ce processus, la mère commence, elle aussi, à réinvestir un certain nombre de ses désirs de femme mis sous le boisseau pendant les premiers temps du maternage. M. Fain a formulé l'essentiel du changement qui se produit en elle dans une formule souvent citée : « La mère redevient amante ». Mais bien sûr, on peut souligner que les attentes sociales évoluent aussi, et que, là encore, plusieurs facteurs convergent.

2. « Survivance » de l'objet

2.1. Progressif écart de la mère et rage du bébé

L'important, selon Winnicott, est l'impact de la modification de l'attitude subjective de la mère sur les soins qu'elle prodigue à son enfant ; en particulier, ceux-ci, progressivement, sont moins parfaitement ajustés à l'enfant. Cela signifie que, petit à petit, la mère fait plus attendre le bébé, qu'elle est moins immédiatement attentive, et que la parfaite adaptation en trouver-créer est moins bonne. L'enfant réagit à ces écarts adaptatifs et aux légers ratés qui signent la baisse de prévention maternelle. Il réagit à ce qu'il perçoit, à travers eux, de l'évolution subjective de sa mère, avec des affects de rage d'impuissance en particulier, dans lesquels il a l'impression d'avoir détruit sa capacité à obtenir satisfaction. D'une certaine manière, on peut dire que l'altérité de la mère commence à se manifester plus, et que le bébé, avant encore de pouvoir appréhender et concevoir celle-ci, commence à en percevoir et en éprouver de plus en plus les effets.

Ce qui est alors important a trait à la « réponse » affective et comportementale de la mère à la rage du bébé et, d'une manière plus générale, à ses affects négatifs ou destructeurs. Les réactions et « réponses » maternelles dépendent de la manière dont la mère « interprète » ceux-ci, du sens qu'elle leur donne consciemment mais aussi inconsciemment, et dont sa réponse affective témoigne, mais aussi bien sûr des conflits que la rage de son bébé mobilise en elle. Trois grands types de « réponse » maternelle, qui interviennent en mélange variable dans le comportement concret des mères, sont généralement activés.

La rage du bébé réveille, en effet, une zone de conflictualité potentielle chez la mère, conflictualité qui manifeste précisément son altérité ; conflit entre la « mère » en elle, d'un côté, et la « femme », et ses désirs propres de l'autre. La mère peut avoir, par exemple, l'impression que son bébé se comporte avec elle de façon tyrannique, qu'il « veut » la garder toute à lui, et avoir envie de se « révolter » contre cette emprise qu'il exerce sur elle, et le fait qu'il « veut » lui interdire la satisfaction de ses désirs de femme. Mais elle peut, en même temps ou alternativement, se sentir coupable de ses propres désirs et de ce qu'ils impliquent comme « écarts de conduite » par rapport aux conditions premières du maternage, et s'engager dans une espèce de « surcompensation » du dommage fantasmatique qu'elle aurait ainsi fait subir à l'enfant. Ce conflit, et les défenses qu'il

mobilise, peut être perçu de manière consciente, mais il a nécessairement aussi des composants inconscients.

2.2. Les trois types de réponse maternelle à la rage du bébé

2.2.1. Retrait et représailles

Sous l'action de ce conflit, et en défense contre celui-ci, la mère peut opérer une forme de « retrait » affectif, dépressif ou punisseur. Elle reprend ou continue les soins, au plus proche de ses adaptations anciennes, mais « le cœur n'y est plus » et cela se sent. Ou alors, ou alternativement, elle éprouve à son tour de la colère, voire de la rage, contre ce « tyran » qui exige tant d'elle, et peut être tentée par des formes de « représailles » agies contre cette tyrannie ; laisser le bébé pleurer plus que de coutume, être moins tendre, exiger plus de lui, etc.

Ces différentes réactions maternelles ont comme effet soit de confirmer le bébé dans l'impression qu'il a détruit et perdu ses capacités de satisfaction. Elles introduisent toutes suffisamment de différences dans l'attitude maternelle pour que le processus en trouver-créer reste en échec ; ou bien, à l'inverse, elles tendent à annuler l'expression de la rage du bébé, à revenir à l'exact état antérieur. Le bébé de son côté a l'impression que sa rage a détruit la « mère » dévouée et prévenante de la préoccupation maternelle primaire, que sa destructivité a « tout cassé », puisqu'il ne peut plus retrouver les conditions antérieures de sa satisfaction. Comme on peut le constater, retrait et représailles ne font que confirmer l'omnipotence infantile, elles ne font que confirmer le bébé dans le sentiment qu'il est à l'origine de toute chose « bonne ou mauvaise » et ici particulièrement « mauvaise ».

2.2.2. La « mère retrouvée »

Winnicott a souligné l'importance d'un troisième type de réponse maternelle aux manifestations de colère et de rage du bébé, réponse qui se produit si le sentiment de culpabilité et les besoins de réparation de la mère ne sont pas trop forts. La mère qui se sent suffisamment fondée dans son rôle de mère et de femme, qui ne ressent pas trop comme antagonistes ses désirs de mère et ses désirs de femme, qui peut donc donner en elle suffisamment de place aux uns et aux autres, peut endurer les rages et colères du bébé sans trop se sentir atteinte par celles-ci, peut rester suffisamment constante affectivement, mais en même temps maintenir l'expression de ses propres désirs de femme.

Elle permet alors au bébé de faire une expérience subjective de grande valeur. Dans l'éprouvé subjectif de celui-ci sa rage a tout détruit, et il ne peut plus parvenir à retrouver les conditions de la satisfaction. Mais si, malgré cette destruction, la mère peut renouer le contact et lui offrir une expérience suffisamment satisfaisante, alors il peut retrouver dans la relation à sa mère des caractéristiques suffisamment proches de celles qu'il croyait avoir détruites, et tout semble se passer comme si elles avaient « survécu » à l'expression de sa destructivité. L'objet, détruit dans l'éprouvé subjectif, peut être « retrouvé » dans la perception ; il « survit » aux attaques destructrices, même s'il est aussi retrouvé modifié, transformé par l'expérience elle-même, mais aussi par les changements subjectifs qui opèrent chez la mère quand elle commence à réinvestir ses désirs de femme désirante. La mère « retrouvée » n'est pas exactement semblable à la mère « perdue », à la mère « détruite », mais entre les deux une continuité suffisante peut-être établie.

2.3. Découverte de l'altérité de l'objet

Winnicott souligne l'importance fondatrice de cette expérience dans la découverte de l'altérité de l'objet : c'est parce qu'il « survit » et résiste à la destruction subjective du bébé, aux expériences agonistiques que nous avons évoquée dans le chapitre précédent, qu'il peut être retrouvé malgré ces expériences térébrantes, que l'objet peut être « découvert » et « trouvé » comme « indépendant » du désir du sujet, comme autre-sujet, mais aussi comme véritable auteur des satisfactions du sujet, comme auteur des soins et des satisfactions éprouvées par le bébé. C'est pourquoi j'ai proposé de nommer cette expérience subjective celle de « l'objet détruit-trouvé » par analogie avec la formulation proposée par Winnicott de l'objet trouvé-créé. Cette expérience, nous le développerons plus loin, est à l'origine d'une perte du sentiment subjectif d'être à l'origine de sa propre satisfaction, à l'origine de la perte du sentiment d'autosuffisance. La capacité de satisfaction n'est pas détruite, elle dépend de l'objet ; telle est l'essence de la « découverte », de la mutation subjective, qui va permettre de sortir du narcissisme primaire. Sortir du narcissisme primaire, c'est alors sortir de cette position subjective dans laquelle on se croit créateur de sa propre satisfaction, auteur de son propre plaisir, dans laquelle on se croit à l'origine de tout ce qui se produit. Sortir du narcissisme primaire c'est commencer à différencier ce qui vient de soi, ce dont on est l'agent, et ce qui vient de l'objet ; c'est commencer à comprendre que l'objet est un « autre-sujet », un acteur, un pourvoyeur potentiel de satisfaction.

À l'inverse de celle de l'objet trouvé-créé dans laquelle perception et hallucination font alliance pour donner sa qualité particulière à l'illusion d'une autosatisfaction, l'expérience du détruit-trouvé apporte un démenti perceptif suffisant à l'hallucination de la destruction des capacités de satisfaction. Il n'y a donc pas de symétrie entre le devenir des expériences de satisfaction et celles de destruction. S'il y a bien « frustration » du désir ou du mouvement pulsionnel, c'est de la « frustration » de la destructivité dont il s'agit, et non de celle des élans et désirs créatifs du sujet.

À la suite de Winnicott, il faut insister sur le paradoxe impliqué dans cette expérience subjective. Du point de vue du bébé, l'« objet », ici confondu avec le sentiment de pouvoir s'autosatisfaire, est détruit, il est détruit « subjectivement » ; en revanche, il « survit » objectivement même s'il est retrouvé différent, et découvert à partir de la satisfaction venue de l'autre, de l'objet externe. Il résiste aux premières formes de violence et d'agression, transforme ainsi le caractère destructeur de celle-ci, et découvre dans l'agression un facteur de transformation, de fondation. « L'objet naît dans la haine » écrit Freud ; avec Winnicott on ajoutera : s'il résiste à celle-ci, s'il peut « survivre » à son expression. Comme on peut le sentir face aux difficultés de formulation perceptibles dans la description que je fais du détruit-trouvé, l'expérience subjective est celle du passage d'un « objet » vécu comme interne – mais tant que la différence entre interne et externe n'est pas vraiment construite, l'objet interne et l'objet externe sont confondus –, à celle d'un objet « perçu et conçu » comme externe. C'est là que s'effectue la bascule subjective de l'illusion de l'action d'un objet interne, à la perception d'un objet acteur externe. Si l'objet interne est détruit, l'expérience de l'objet détruit-trouvé suppose aussi que l'objet externe soit aussi « atteint », touché par l'affect du bébé, qu'il « marque le coup » de celui-ci, et en même temps qu'il ne soit pas « détruit » par l'impact de cet affect, c'est aussi ce qui permet que se décollent objet interne et objet externe.

2.4. Échec de l'expérience du détruit-trouvé

Deux types de conjonctures relationnelles peuvent entraîner l'échec de l'expérience du détruit-trouvé.

- La mère peut se montrer « non atteinte » par l'affect du bébé, ou le bébé peut avoir l'impression que sa mère n'est pas touchée par ce qu'il vit, qu'elle est inatteignable, que tout « glisse » sur elle, qu'elle est insensible et donc pas transformable.

– À l'inverse, elle peut se montrer ou être ressentie comme trop atteinte, trop touchée et affectée pour « survivre » vraiment ; c'est le cas des mères imprévisibles, inconstantes, qui alternent des changements brusques d'humeur, des mères chaotiques, ou encore des mères déprimées, qui se retirent du contact, qui paraissent être comme affectivement « mortes ».

On pressent l'importance d'une telle expérience subjective dans le rapport que le sujet va ensuite entretenir avec sa violence ou son agressivité. Si celle-ci n'a pas été vécue par l'objet comme catastrophique ou trop menaçante, le sujet n'aura pas trop peur d'éprouver et de ressentir ses manifestations agressives ; il fera confiance dans la vie pour que celles-ci n'aient pas de conséquences irréparables. Agressivité et violence pourront alors être mises au service du développement et de l'affirmation de soi, elles deviendront utilisables pour approfondir la différence entre soi et l'autre, elles serviront à établir ou rétablir cette différence.

À l'inverse, si l'objet répond à l'agressivité et à la violence d'une manière telle que le lien s'en trouve être profondément menacé, agressivité et violence vont produire un important sentiment de culpabilité, conscient ou la plupart du temps inconscient. Elles seront ressenties comme destructrices, comme « antisociales », comme « négatives », leur expression tendra à être inhibée ou sera retournée contre le sujet. Elles menaceront le développement du moi, qui ne pourra les utiliser pour son affirmation et son développement propres.

L'échec de l'expérience du détruit-trouvé affecte l'organisation des régulations narcissiques ; on le retrouve dans la plupart des pathologies du narcissisme. Il est sous-jacent aux souffrances narcissiques-identitaires, qui restent prises dans l'alternative violente « moi ou l'autre », comme J. Bergeret l'a bien souligné. Ce qui permet en effet de sortir de l'alternative narcissique violente « moi ou l'autre », c'est précisément que l'objet « survive » et que l'affirmation de soi ne s'accompagne pas de la « disparition » de l'autre. On pressent alors que la relation que le sujet va entretenir avec ses pulsions agressives, leur intensité et leur régulation va dépendre étroitement de la manière dont l'expérience sera éprouvée aussi bien par le sujet, qu'en fonction des « réponses » de l'objet significatif.

3. Scission dans le monde : narcissisme secondaire et réorganisation de la psyché

À la suite de l'expérience du détruit-trouvé, l'objet est découvert différencié du sujet, il est découvert comme objet autre-sujet, différent,

mais aussi comme source de la satisfaction, comme « autre régulateur de soi ». Le moi et la subjectivité commencent à pouvoir se concevoir, dans le même mouvement que l'objet commence à être conçu. Moi et objet commencent à être conçus comme agents, comme acteurs, comme opérateurs, c'est-à-dire comme sujets. Il commence donc à y avoir un sujet, le moi, et l'objet, conçu lui aussi comme un autre-sujet. Une autre manière de formuler cela est de dire que la conception commence à « décoller » objet interne et objet externe. Dans la mesure où l'objet est maintenu conçu et reconnu subjectivement comme séparé et différencié, une certaine intentionnalité va commencer à apparaître, une intentionnalité « subjectivée », c'est-à-dire se connaissant elle-même comme appel, adresse à l'objet différent, comme adresse à un autre-sujet, un autre acteur dont on dépend, c'est-à-dire comme communication de sujet à sujet, comme communications de désirs.

Commence alors la problématique « narcissique secondaire » qui va couvrir toute la période infantile et la traversée de l'Œdipe. Si le narcissisme primaire a pour enjeu la conception de la différenciation du moi et de l'objet, le narcissisme secondaire, qui, lui, est fondé sur cette reconnaissance, va plutôt rencontrer les formes secondes de différenciation ; il va creuser la question de la différence entre soi et l'autre, découvrir d'autres particularités de la différence entre soi et l'autre, et en explorer les formes.

À proprement parler, la pulsion commence donc à s'organiser à partir de cette différence entre le sujet-source et l'objet, car, comme nous l'avons souligné au moment de la définition de la pulsion, celle-ci suppose une différence entre la source, située dans le sujet, et l'objet, situé alors au-dehors.

La première forme de la pulsion est la pulsion dite « orale ». Elle correspond à ce que les auteurs anciens, comme K. Abraham, appelaient le second « sous-stade oral » ou encore stade oral « cannibalique » du fait des poussées dentaires et de la tendance de l'enfant à exprimer son agressivité par la morsure.

La mémoire des traces mnésiques des expériences antérieures vont être réorganisées en fonction de cette nouvelle « donne » subjective, de cette nouvelle organisation de la subjectivité, rendue nécessaire par la perte de l'illusion primaire d'autosatisfaction. Cette réorganisation va constituer le premier « après-coup » de l'organisation psychique de la subjectivité, elle va nous permettre de comprendre ce qu'est l'après-coup.

3.1. Représentation de l'idéal perdu

À partir du moment où l'action de l'objet dans la régulation de soi, dans la satisfaction des besoins et désirs de soi est reconnue, l'illusion d'autosatisfaction est en effet petit à petit battue en brèche ; elle est « perdue » et, avec elle, les états subjectifs qu'elle permettait d'expérimenter. Nous l'avons dit, objet externe et objet interne se décollent l'un de l'autre, et commencent à devoir être conçus dans leurs similitudes et leurs différences.

Cette modification dans la subjectivité et dans la conscience subjective va produire un travail de réorganisation de l'expérience, va impliquer une première élaboration de la perte de l'illusion première, et donc un premier « travail de deuil », que P.-C. Racamier a proposé de nommer « deuil originaire ». Le travail de deuil est l'ensemble des transformations internes que le sujet doit produire pour élaborer et rendre acceptable une modification subjective ou une modification importante dans sa relation avec l'environnement. Le premier travail de deuil va produire une première représentation interne de l'état narcissique primaire, alors « perdu », dans la mesure où le sujet découvre qu'il n'est pas l'agent de sa satisfaction, que celle-ci dépend d'un objet autre.

La réorganisation des traces mnésiques des expériences antérieures va produire une première représentation d'un « objet » perdu, d'un « état perdu » devenant un « objet » narcissique, à re-trouver. L'objet perdu est construit à l'aide de la « mémoire » des éprouvés issus des états subjectifs antérieurs, ceux dans lesquels sujet et objet, objet interne et externe, ne sont pas différenciés, ceux dans lesquels le sujet était à lui-même sa propre source de satisfaction, son propre « objet ». Cet état subjectif antérieur est celui dans lequel le sujet a (avait) l'illusion que : « Tout » (c'est-à-dire les expériences de satisfaction, celles qui sont déterminantes) peut se produire, se créer, « tout seul » (il n'attribuait pas l'action ni la satisfaction à un autre, elle était le fruit de son hallucination), « tout de suite » (l'adaptation maternelle ne le faisait pas attendre), « tout ensemble » (dans le monde du narcissisme primaire, pas besoin de choisir, pas de conflit).

Cette expérience, une fois découvert que la satisfaction vient d'un objet externe, la mère, va être ressaisie comme « idéal », comme état subjectif à retrouver, à re-produire. Même si l'expérience primaire est « illusoire », elle a néanmoins été vécue comme réelle. Les traces subjectives qu'elle a laissées portent la marque de l'état subjectif dans lequel elles ont été vécues, et donc, du point de vue du bébé, l'expérience est « réelle », elle est subjectivement « réelle ». Elle est donc

mémorisée comme telle et « perdue » quand l'enfant découvre qu'il n'est pas à l'origine de la satisfaction. Quand elle est « perdue », les traces de l'expérience sont « reprises » et réorganisées en la représentation d'un idéal à retrouver.

La représentation d'un état dans lequel « tout se produit tout seul, tout de suite, tout ensemble » est la première représentation d'un état « idéal » pour le moi. C'est la première « représentation de l'objet » que, désormais, la pulsion va viser, c'est le premier « objet » pulsionnel à proprement parler, c'est-à-dire quand source et objet sont différenciés. Il est représenté quand il est « perdu » dans la perception subjective, pour la perception, il est « trouvé » dans la mémoire, dans la re-présentation. La suite de la vie pulsionnelle restera profondément marquée par cet idéal premier du plaisir vers lequel, d'une manière ou d'une autre, nous continuerons de tendre. La différence sera celle des manières dont nous allons tendre vers la satisfaction de ce but pulsionnel idéal, celle des moyens que nous allons mettre en œuvre pour tenter de retrouver cet idéal perdu, tendre vers cet état idéal qui définit le « moi-idéal ».

3.2. Transfert de la représentation de l'idéal sur le sein maternel

En raison des expériences antérieures de rencontre avec le sein, la représentation de l'état idéal, après la découverte de l'extériorité de l'objet, va être « transférée » par « projection » sur l'objet externe, la mère, et plus particulièrement sur cette partie de la mère qui « incarne » la satisfaction de l'idéal : le sein. Le sein va donc être « idéalisé ». Il devient le « symbole » de l'objet de désir, il devient le symbole de l'objet de la pulsion, c'est-à-dire de l'objet par lequel peuvent se réunir de nouveau les parties séparées lors de la scission primordiale. Le transfert, la projection, de la représentation de l'idéal sur le sein fait de celui-ci « l'objet » de la pulsion, et donne à la pulsion sa première forme d'organisation, « l'organisation orale de la pulsion » et de la vie pulsionnelle. Se crée ainsi « l'objet » avec lequel le moi va tenter de se réunifier, à partir duquel il va tenter de re-trouver les expériences subjectives perdues, l'objet que le moi va devoir incorporer, déchiqueter pour l'incorporer et tenter de l'instaurer au sein du moi.

Comme nous allons le voir maintenant plus en détail, la vie pulsionnelle sera dès lors marquée par cette « pulsation » par cette « respiration » psychique, tantôt tournée vers un objet externe, autre, et qui vaut en fonction de cette altérité, tantôt « reprise » vers

le moi, repliée vers celui-ci, vers l'objet incorporé, intériorisé, repliée vers l'intérieur, déposée à l'intérieur. C'est aussi autour de cette oscillation que la conflictualité psychique va s'organiser, autour du traitement de la dépendance que le sujet découvre à l'égard de l'objet, quand il est situé à l'extérieur, quand il est différencié, autour des modalités mises en place pour tenter de dépasser cette dépendance première, maintenant reconnue.

3.3. Dépendance par rapport à l'objet et conflit d'ambivalence

Lorsqu'il découvre que l'objet de satisfaction est extérieur à lui, l'enfant se sent plein d'amour pour lui, mais il découvre en même temps sa dépendance à son égard, découvre qu'il ne peut se passer de l'objet pour sa satisfaction. Quand cette dépendance à l'égard de l'objet externe est reconnue, elle blesse le narcissisme de l'enfant et mobilise des affects qui viennent entrer en antagonisme avec les affects amoureux, provoquant un conflit entre deux motions pulsionnelles, deux tendances psychiques : c'est le conflit d'ambivalence. L'objet « donne » la satisfaction, il est aimé pour cela, mais la satisfaction dépend de l'objet, celui-ci n'est pas toujours disponible, il peut manquer, être blessant, et sera haï. Sur l'objet externe, se portent donc deux affects contradictoires et antagonistes.

Le conflit d'ambivalence ainsi engendré est le conflit fondamental de la vie psychique, à la fois le premier et en même temps le plus essentiel, le plus central, pour son organisation. L'organisation du conflit, le fait de supporter la dualité de deux mouvements affectifs contradictoires, l'organisation du sujet au sein de ce conflit, la manière dont le sujet va tenter de le « gérer » seront en effet essentiels pour la vie psychique tout au long de la vie. C'est à partir du conflit d'ambivalence, et des tentatives de « solutions » que la psyché va mettre en place pour chercher à en atténuer la portée, ou en réduire les effets, que la psyché et la vie psychique vont se complexifier.

Les tentatives de « gestion » du conflit vont précipiter le sujet dans d'autres conflits, qui forment, avec l'ambivalence, ce que l'on pourrait décrire comme « la matrice de la conflictualité psychique ». Celle-ci comporte, outre le conflit d'ambivalence, deux autres modalités de la conflictualité : le conflit des voies autoérotiques et des voies hétéroérotiques de satisfaction, et le conflit au sein de l'autoérotisme lui-même, qu'il nous faut esquisser rapidement maintenant dans leurs premières formes.

3.4. Conflit des voies de recherche de satisfaction

Comme nous l'avons dit, dans l'organisation du narcissisme secondaire, dans cette seconde modalité d'organisation de la subjectivité, l'enfant possède une représentation interne de l'objet-idéal.

Il peut ainsi « chercher » l'objet à « l'intérieur » à partir de cette représentation, investir la représentation interne de l'objet et, ainsi, « halluciner » l'objet et la satisfaction. Cette hallucination s'apparente à l'hallucination première des traces de satisfaction, que nous avons déjà évoquée à propos du processus en trouver-créer, mais en même temps elle s'en différencie dans la mesure où elle est produite à partir d'une représentation qui est ainsi ramenée à un état de quasi-perception. C'est la voie de l'autoérotisme, celle dans laquelle l'enfant tente de se passer de l'objet, et de retrouver directement l'illusion de l'autosatisfaction première.

Mais il peut aussi « appeler » l'objet externe pour l'abaissement de ses tensions internes, se tourner vers la mère, et attendre d'elle la satisfaction de ceux-ci.

Ces deux voies possibles entrent en conflit. Il a le choix. En effet, d'une part, l'hallucination autoérotique de la satisfaction n'est que peu satisfaisante dans la durée, elle ne dure pas dans la mesure où elle n'apporte pas de « réelle » satisfaction. D'autre part, la satisfaction effective reçue de la mère entraîne la blessure narcissique de dépendre d'un autre pour sa satisfaction.

Il y a une certaine impasse dans ce choix qui « coûte », dans les deux cas ; il y a quelque chose à quoi il faut renoncer. Renoncer à la satisfaction effective n'est guère possible durablement, il existe une contrainte à en passer par l'objet. Renoncer à l'autoérotisme coûte le prix de la dépendance. La seule issue convenable est de combiner les deux, l'environnement proposant une adaptation suffisamment bonne, compte tenu des capacités effectives de la psyché de l'enfant.

Quand l'objet est absent et que la dépendance se fait trop sentir, l'enfant doit pouvoir avoir recours aux « solutions » autoérotiques. Celles-ci lui permettent de tenir « un certain temps », le temps de la durée de la satisfaction hallucinatoire. Cela apaise la colère et la haine liées à la dépendance ressentie dans l'absence de l'objet.

Quand l'objet est présent, il est plus efficace d'en passer par l'objet externe qui peut apporter une véritable satisfaction. L'enfant va donc aussi chercher à développer ses capacités d'action sur l'objet pour tenter de diminuer la dépendance qu'il éprouve quand il l'accepte. Il va commencer à investir, et chercher à affiner les moyens

de communiquer avec lui, de faire pression sur lui, d'agir sur lui. Tout ce qui concerne l'objet, dans la mesure où cela permet d'accroître l'action sur lui, et donc de diminuer la dépendance et le manque, va donc être investi.

Plus la solution « autoérotique » marche bien, plus l'enfant peut attendre, moins il sent sa dépendance à l'égard de l'objet, moins il éprouve de haine à l'égard de celui-ci, plus il peut accepter sa dépendance, plus il peut profiter de l'objet.

Inversement, moins l'autoérotisme marche bien, plus la mère fait trop attendre ; ou moins il est adéquat, plus la dépendance est blessante, plus la haine à l'égard de l'objet est intense, et plus les retrouvailles avec la mère sont difficiles, moins l'enfant peut profiter de celui-ci.

La régulation du conflit va donc en partie dépendre de la qualité des autoérotismes, et du maintien d'une adaptation suffisante de l'environnement pour ne pas exacerber le sentiment de dépendance à l'égard de l'objet.

3.5. Conflit au sein de l'autoérotisme

La solution autoérotique se met en place pour lutter contre la dépendance, le manque et la haine liés à celle-ci ; elle est une tentative pour s'approprier, en l'absence de l'objet, les qualités de ce dernier et les satisfactions obtenues dans la rencontre avec lui. Mais les autoérotismes qui se développent en l'absence de l'objet se développent dans un contexte qui contient une certaine agressivité à l'égard de l'objet, agressivité avec laquelle ils s'associent. Cela signifie que, quand l'enfant se donne une tentative de satisfaction autoérotique, il « ressent » celle-ci comme une « reconquête » par rapport à l'objet, comme s'il « reprenait » ce que l'objet lui donne dans l'expérience de satisfaction. Ainsi, comme le formule Freud, « le narcissisme secondaire est repris aux objets », il est vécu comme « arraché » à l'objet, comme si ce que le sujet « se donnait », il le « prenait » à l'objet, il le « re-prenait » à l'objet dans la mesure où, par le transfert sur le sein, c'est lui qui, fantasmatiquement, lui a « attribué » ce « pouvoir ».

Cette « reprise » agressive du plaisir inhérente aux autoérotismes s'accompagne d'un sentiment de culpabilité par rapport aux objets, en raison du conflit qui s'instaure alors chez le sujet entre son « besoin » d'indépendance et l'agressivité qu'il implique, et l'amour et l'attrait pour l'objet qui apporte la satisfaction. Le processus d'appropriation par l'enfant des satisfactions obtenues initialement dans la rencontre de l'objet passe par le développement des autoéro-

tismes, mais il rencontre la question de l'effet sur l'objet des aspects agressifs de cette appropriation.

Là encore, c'est la réponse de l'objet qui sera déterminante, la réponse de la mère aux manifestations autoérotiques de l'enfant, et à ce que celles-ci comportent comme tentative d'indépendance à son égard. La mère ressent en effet ce que le développement des autoérotismes comporte comme prise d'indépendance chez l'enfant ; elle ressent que l'enfant dépend ainsi moins d'elle, qu'il commence déjà à s'éloigner, à se séparer. Elle va réagir à ce que l'autoérotisme comporte comme tentative pour se passer de l'objet, comme « meurtre symbolique » de celui-ci, comme effacement, comme prise d'indépendance à son égard. Comme nous l'avions décrit plus haut à propos de l'expérience première du détruit-trouvé, les réponses de l'objet à l'appropriation autoérotique, les réponses de la mère à ce processus, seront déterminantes. Là encore, la mère va réagir selon les trois types de réactions que nous avons déjà évoqués plus haut.

- Elle peut se montrer très atteinte par la prise d'indépendance de l'enfant, et opérer un certain retrait, dépressif ou punisseur.
- À l'inverse, elle peut exercer des représailles plus violentes en menaçant les activités autoérotiques, et toute prise d'indépendance de l'enfant, en interdisant ces activités ou en les entravant.
- Mais elle peut aussi sentir la liberté qu'elle gagne à cette prise d'indépendance, être fière des progrès qu'elle manifeste, encourager son développement, et ainsi « survivre » à l'appropriation subjective violente qu'elle comporte.

Comme nous l'avons dit, les mères réelles, concrètes combinent les trois modes de réactions selon un amalgame variable, mais il importe qu'au bout du compte la satisfaction de la mère aux « progrès » manifestés dans les activités auto de son enfant soit déterminante et que la mère « survive » ainsi aux autoérotismes.

Winnicott a souligné l'importance, dans cette « survivance », d'une expérience subjective particulière dont la nature paradoxale ne lui a pas échappé, l'expérience d'être « seul en présence de la mère ». C'est l'expérience d'un enfant qui, en présence de sa mère, se comporte comme si celle-ci était absente, sans qu'il s'agisse d'un évitement de celle-ci.

Observation 1

L'enfant est en train de jouer et il est très absorbé dans son jeu, il « oublie » la présence de sa mère, se comporte comme si elle n'était pas là, mais au sens où il n'a pas besoin de manifester à sa mère quelque chose de particulier : il est « seul » en présence de celle-ci.

La mère de son côté reste discrète, n'éprouve pas le besoin d'entrer dans le jeu de son enfant, ni d'intervenir d'une manière ou d'une autre, ce qui ne veut pas dire qu'elle ne manifeste pas d'intérêt pour ce jeu, mais qu'elle se laisse être « oubliée » par l'enfant, elle supporte de ne pas être au centre de son attention.

Cette expérience permet à l'enfant à la fois d'avoir un commerce interne avec la représentation de l'objet, dans son jeu par exemple, et en même temps de pouvoir « vérifier », perceptivement au besoin, puisque l'objet est présent, que celui-ci n'a pas été trop atteint ni détruit par le jeu qu'il a entrepris avec la représentation interne, qu'il n'a pas été atteint par la manière dont l'enfant a négligé sa présence.

C'est aussi dans cette expérience que peut commencer à s'éprouver, et à être mise au travail, la différence entre la représentation interne de l'objet, l'objet représenté, et l'objet lui-même, l'objet perçu. L'exploration de l'agentivité, que nous avons évoquée au chapitre précédent, est ainsi rendue possible, et l'enfant peut commencer à sortir de la confusion entre perception et représentation.

M. Klein a proposé un modèle du processus d'intériorisation de l'objet en lien avec sa conception des « positions » subjectives premières du bébé. A. Ciccone présentera les grandes lignes de l'apport kleinien sur cette question dans la partie suivante, où il articulera directement ces conceptions à la psychopathologie. Il présentera le modèle des positions psychiques et proposera tout particulièrement un modèle de l'oscillation de la psyché entre différentes positions, tout au long du développement ainsi que dans chaque état psychopathologique. L'intériorisation de l'objet lors de chacune des organisations pulsionnelles sera ainsi tributaire des caractéristiques de cette oscillation.

CHAPITRE 7
Organisation anale de la pulsion

Comme nous l'avons rapidement évoqué, la découverte du fait que plaisirs, satisfaction des besoins et désirs proviennent d'un objet qui commence à être reconnu comme un autre-sujet va entraîner un développement et une intensification de la communication intentionnelle ainsi que de tous les moyens d'action éventuels sur cet autre-sujet. La communication existe dès le début de la vie, elle est importante d'emblée et le restera tout au long de la vie relationnelle. Mais, au fur et à mesure du développement, elle change de sens et de forme, se charge d'intentionnalité ou d'enjeux spécifiques, en fonction du degré de développement, ou des enjeux particuliers que la subjectivité et la pulsionnalité drainent à un moment donné.

À partir du moment où la fonction de l'objet est reconnue, la communication va devenir un moyen de tenter de réduire le sentiment de dépendance qui en résulte ; c'est pourquoi elle prendra le sens d'une tentative d'« action » sur l'objet. Mais, bien sûr, l'action sur l'objet dépend étroitement de l'acceptation de celui-ci, de la manière dont il accepte de se laisser explorer, manipuler, contrôler à son tour. À travers la manière dont l'objet accepte l'action qui s'exerce ainsi sur lui, à travers les premières formes de « pouvoir » que le petit enfant peut commencer à développer, ce dernier, en fonction de ses besoins du moment, peut mesurer l'investissement de l'autre-sujet à son égard, peut commencer à évaluer aussi la manière dont il est investi. La réponse que l'objet autre-sujet apporte à l'action de l'enfant sur lui prolonge la fonction « miroir » première de l'objet ; elle est la nouvelle manière dont celle-ci s'exerce, elle reflète au sujet la représentation que l'objet se fait de lui, elle lui reflète le sens qu'il a pour cet objet.

Ce qui change, c'est la forme que prend la question de la reconnaissance, qui est implicite dans ce que nous avons appelé la fonction « miroir » de l'environnement. Tantôt celle-ci sera appréhendée dans un reflet esthésique ou affectif, et c'est l'accordage et l'ajuste-

ment qui seront ses formes principales d'expression, tantôt c'est à travers l'action délibérément exercée sur l'autre que le sujet cherchera dans l'objet un reflet de lui-même. Change bien sûr aussi le fait que, au fur et à mesure que l'enfant se développe, les intégrations qu'il met au travail, et les besoins que celles-ci impliquent, se modifient et se complexifient.

La dépendance première de l'enfant est extrême ; l'enfant a besoin de son environnement à tous les niveaux de son fonctionnement. Les premières tentatives pour dépasser cette première forme de dépendance vont passer par la conquête d'une certaine autonomie motrice. Le petit enfant peut commencer à se mouvoir par lui-même, commencer à ramper puis à se déplacer à quatre pattes. Il peut commencer à s'emparer des objets, à les prendre en main, à les jeter ou à les diriger vers telle ou telle partie de son corps. Il peut commencer à les explorer, à se les approprier ou à les rejeter, et ainsi à être un peu plus l'agent de ses mouvements, à se sentir plus l'acteur de ceux-ci.

Une autre manière de situer l'enjeu de la nouvelle forme d'organisation qui va se mettre en place est de la situer par rapport à l'idéal narcissique primaire et à la tension dans laquelle se trouve être le petit enfant, pour tenter de s'en approcher. En ce sens, l'organisation anale de la pulsion sera marquée par la tentative de « faire tout seul » ou « par lui-même ». L'une des conséquences importantes de ce gain d'autonomie corporelle est que l'enfant va commencer, à son tour, à pouvoir s'absenter du regard maternel et ainsi commencer à expérimenter ce qu'il faut bien appeler une première forme de « révolution » subjective.

1. Processus de retournement et passage à l'analité

Le fait de pouvoir commencer à se déplacer, à s'absenter du regard de la mère va rendre possible, à certains moments, un retournement délibéré, volontaire, de la situation antérieure. Tant que le petit enfant est dans une dépendance motrice totale, le va-et-vient des absences et des présences est totalement sous le contrôle de sa mère. C'est elle et elle seule qui décide d'être présente ou absente, c'est elle qui décide de s'éloigner et de disparaître du regard, c'est elle qui décide des moments de rencontre ou, à l'inverse, des moments de séparation. Cette situation contribue grandement à faire percevoir à l'enfant la dépendance totale dans laquelle il se trouve par rapport à son désir, et c'est pourquoi aussi l'illusion narcissique primitive a une telle importance pour tenter de réduire, de rendre tolérable, ou de compenser celle-ci, et la blessure qu'elle implique.

1.1. Mise en place du processus de retournement

À partir du moment où le petit enfant va pouvoir à son tour se déplacer et s'éloigner, voire se soustraire au regard maternel, il va commencer, à son tour, à pouvoir « s'absenter » du regard maternel, se dérober à celui-ci. La mère va réagir à son tour au fait que l'enfant disparaît de son regard et peut quitter la pièce de lui-même. L'enfant perçoit la réaction de sa mère, perçoit qu'il peut à son tour « faire vivre » à sa mère une relation avec un objet qui peut se dérober et se refuser. En quelque sorte, il découvre petit à petit et de plus en plus qu'il peut agir sur sa mère et commencer à « retourner la situation » subjective, à faire activement subir à sa mère ce qu'il a lui-même dû endurer passivement. Ce processus permet au petit enfant de commencer à explorer le pouvoir d'agir à son tour sur les états psychiques de sa mère, de mesurer l'étendue de ce pouvoir et aussi les limites de celui-ci ; il va commencer à pouvoir « jouer » avec cette nouvelle possibilité que lui offrent ses nouvelles capacités motrices.

Bien entendu, ce pouvoir reste dépendant de la réponse maternelle, de la réaction affective de celle-ci, qui témoigne de la nature et du type d'investissement qu'elle accorde à son enfant ainsi que de la manière dont elle ressent les mouvements d'autonomisation. Si un enfant quitte la pièce à quatre pattes et se « cache » au regard de sa mère, et si sa mère ne part pas rapidement à sa recherche, l'enfant ne tardera pas à se sentir « perdu » et sans doute en détresse. Mais si sa mère[1] s'inquiète de sa disparition, le cherche, et qu'il perçoit les états affectifs que sa disparition a produit, alors il découvre comment l'objet, l'autre-sujet, réagit à celle-ci.

À travers ces premières expériences de « prise » sur l'objet, l'enfant commence à affirmer sa propre position de sujet, sa propre « volonté », c'est-à-dire sa propre « subjectivité ». Cependant, le développement moteur et la maîtrise musculaire qui l'accompagne vont aussi rendre possibles d'autres expériences subjectives tout à fait importantes pour le développement du moi-sujet et de ses capacités d'appropriation de sa propre subjectivité.

L'une d'entre elles va être particulièrement importante dans la mesure où elle concerne le rapport du petit enfant à son corps propre et même, à l'intérieur de celui-ci, à ses « productions ». Elle peut ser-

1. J'écris « la mère » dans tout mon développement dans la mesure où, culturellement, c'est la plupart du temps à elle que l'éducation première est confiée, mais je devrais dire « l'adulte référent » ou encore « le parent », car ce qui se joue avec la mère se joue avec tout objet référent, avec tout objet en position parentale investie.

vir de modèle pour appréhender et définir les différents aspects de la nouvelle modalité relationnelle qui se met en place : c'est l'expérience du contrôle sphinctériel et de ce qu'on appelle l'analité.

Là encore, on peut décrire en terme de « retournement » l'évolution des expériences subjectives organisatrices. L'oralité était organisée par des expériences de rencontre centrées sur la bouche, et d'une manière plus générale sur le système main-œil-bouche, que Ferrant a nommé « l'appareil d'emprise ». L'analité est, elle, organisée par des expériences dans lesquelles l'anus et ce qui en sort vont passer au premier plan, vont devenir organisateurs ou « symboliques » d'un certain mode de rapport à l'autre-sujet.

La bouche concernait « l'entrée » dans le corps, l'anus concerne « la sortie » ; la bouche, le devant, visible (même si la bouche elle-même est invisible : on ne voit pas directement son propre visage, il faut la médiation du visage de l'autre ou d'un miroir), alors que l'anus est « derrière », invisible. De l'entrée à la sortie, du haut-devant au bas-derrière, là aussi les zones du corps sont dans un rapport de « retournement », de même que se retourne le « bon » de ce qui rentre en « mauvais » de ce qui sort.

1.2. Organisation de l'analité

Ce qui sort du corps va petit à petit passer sous le contrôle de l'enfant, au fur et à mesure qu'il commence à contrôler ses sphincters, ou du moins à mieux sentir et discriminer ce qui se produit dans son système digestif et son anus, cette partie de son corps qui échappe à sa vision, mais est le siège d'un ensemble de perceptions.

Cette capacité corporelle nouvelle est importante à son propre niveau : elle permet à l'enfant de se sentir plus « maître » de lui-même et de ses productions, elle s'inscrit dans le mouvement d'appropriation, par l'enfant, de sa musculature et de sa gestuelle, premiers des systèmes qui passent sous son contrôle et qui représentent, par là même, le modèle de l'appropriation. Mais l'anus est aussi une zone érogène. Il est le siège d'un ensemble de sensations de plaisir et de déplaisir qui accompagnent les activités de défécation : sensation de force lorsque l'enfant « pousse », et de « soulagement » lorsqu'il « produit » des fèces et que la tension interne baisse brusquement. Ce sont l'investissement libidinal, les enjeux de plaisirs/déplaisirs, particulièrement sensibles dans ces expériences, qui confèrent une valeur symbolique et organisatrice aux expériences directement en lien avec le fonctionnement de l'anus et sa place dans la relation.

La bascule du processus d'appropriation subjective est particulièrement sensible lorsque l'enfant, tiraillé par la poussée interne des tensions qui entourent l'exonération, se décide à « pousser » à son tour, volontairement, délibérément. De celui qui subit passivement la poussée de la tension, l'enfant devient l'acteur, l'agent de cette poussée, il en devient le « sujet ». Il retourne la passivité, qui est en fait le fruit de « son » activité corporelle, en activité sous le contrôle du moi. Il devient ainsi secondairement le sujet de l'activité corporelle elle-même, le sujet du « désir » qui accompagne et signifie l'expérience corporelle. Là encore, le processus se présente comme un premier modèle d'un processus de subjectivation. C'est sur le fond de ce processus, dans lequel l'activité musculaire et le contrôle progressif rendent possible une première prise de possession du corps, que les processus d'appropriation subjective vont pouvoir s'étayer.

C'est pourquoi l'analité et son organisation sont apparues tellement importantes aux yeux des cliniciens. À travers les expériences corporelles, leur cortège de sensation, et, nous allons le voir, à travers les expériences intersubjectives qu'elles rendent possibles, l'enfant commence à se sentir « le maître » de lui et de qui se produit en lui ; il commence à se « produire » comme sujet, à devenir sujet de ce qui se produit en lui. R. Fliess a pu faire de ce moment la « *divided-line* », ligne de démarcation entre les modes d'organisation psychotique et névrotique.

Cependant, la maîtrise de soi, le contrôle de soi et la subjectivation qu'elle rend possible ne prennent tout leur sens que pour autant qu'ils s'inscrivent aussi au sein de la relation intersubjective qui unit l'enfant à son objet « référentiel », à l'objet qui est le « miroir » de sa subjectivité. C'est un paradoxe : l'autonomie par rapport à l'objet doit être accréditée par l'objet lui-même, et au sein de la relation qui unit à lui. Les expériences subjectives de contrôle des sphincters et, d'une manière plus générale, de contrôle musculaire vont devoir aussi acquérir une valeur intersubjective, vont aussi devenir l'un des vecteurs possibles d'une action sur la mère de l'enfant ou ceux qui s'occupent de ses soins et de son éducation.

En effet, la mère ou ses substituts investissent également les différentes acquisitions de l'enfant : les acquisitions motrices et celles qui sont en lien direct avec le développement du contrôle sphinctériel. Ces investissements sont autant liés à la place que l'analité tient dans le rapport au corps et à l'autoconservation, qu'à celle que son contrôle peut avoir socialement. Cet investissement est communiqué à l'enfant soit directement à partir de ce que la mère et l'entourage peu-

vent en dire, soit indirectement à partir de ses réactions affectives à ce qui touche cette partie du corps. La défécation, l'exonération anale acquièrent ainsi une valeur intersubjective. Elles prennent sens au sein de la relation de l'enfant avec son entourage, et vont même se charger d'enjeux relationnels et intersubjectifs tout à fait importants.

Pendant tout un temps, c'est autour du lange et du changement des couches que vont se jouer et se mettre en scène les enjeux intersubjectifs de l'analité. La mère « apprécie » comme un « cadeau » les selles de son enfant, que « lui fait » son enfant, elle commente leur survenue ou encore leur consistance ou leur apparence. Elle lui adresse ainsi une série de messages sur ce qui « sort » de lui, et donc déjà d'une certaine manière sur ce qui se passe en lui, sur ce qui se « produit » en lui. Puis vient le moment où le « pot » va être introduit, avec la demande que l'exonération ait lieu « au bon moment, au bon endroit », c'est-à-dire quand la mère place l'enfant sur le pot. La question moins de la production elle-même que de la « manière » dont elle est produite va passer au premier plan, l'enfant va devoir commencer à apprendre « les manières de faire », les « bonnes » manières.

Quand l'exonération a lieu dans les couches, elle peut avoir lieu n'importe où et quand : les couches sont précisément faites pour cela, c'est un dispositif de recueil « portatif », qui accompagne l'enfant partout où il va, il fait « comme il veut et quand il veut ». En revanche, le pot commence à produire un effet de « cérémonial » familial et intersubjectif, l'enfant « trône ». Il produit une situation dans laquelle la mère « attend » la production des matières fécales de son enfant, et donc, par certains côtés les « désire ». C'est là en tout cas ce que perçoit l'enfant, et ce pas sans raison sans doute, du point de vue de sa subjectivité. Mais, du coup, la situation habituelle, dans laquelle l'enfant attend, désire quelque chose que sa mère détient, se trouve être renversée. C'est l'enfant qui détient ce que la mère semble « désirer » et attendre. Dès que l'enfant se sent assez fort pour cela, il trouve dans cette situation l'occasion de tenter de prendre sa revanche sur les situations inverses dans lesquelles c'est lui qui attend.

L'enfant puise dans cette situation l'occasion d'opérer un « retournement » intersubjectif. Il peut faire subir à sa mère un équivalent de ce qu'elle lui fait habituellement subir, il peut être actif et agent, là où il est habituellement passif et assujetti. Il peut donc faire « vivre » à sa mère, il peut avoir l'impression, le fantasme, de faire vivre à sa mère ce qu'il éprouve lui-même dans les mêmes conditions, c'est-à-dire le mélange d'affects de plaisir anticipé et d'affects négatifs liés au sentiment de dépendance éprouvé à ce moment-là.

On peut sans doute assimiler ce processus à celui de la « purification du moi » que Freud évoque à différentes reprises, c'est-à-dire le processus dans lequel les expériences de déplaisir tendent à être soit évacuées, soit transformées en expériences de plaisir. Quand il peut occuper suffisamment cette position de maîtrise, mettre en œuvre cette « révolution » subjective, l'enfant « trône », il a un vécu de force, de puissance ; en quelque sorte, c'est son bon plaisir qui « commande ». Formulée en langage verbal, cette volonté s'exprimerait dans les termes classiques du « bon » plaisir : « c'est ce que je veux, comme je veux, quand, et où, je veux » ; il s'agit de la position subjective d'un petit tyran. Nous reviendrons plus loin sur la question des limites alors nécessairement appelées pour dépasser cette position tyrannique.

1.3. Enjeux subjectifs des fèces

Pour comprendre plus complètement les enjeux subjectifs de la situation pour l'enfant, il nous faut « analyser » le contenu subjectif dont les matières fécales se trouvent être chargées, c'est-à-dire le sens qu'elles prennent pour le petit enfant.

Bien sûr, à un premier niveau, les fèces sont le reste du métabolisme somatique, elles ne sont que matières résiduelles ; c'est pourquoi elles doivent être évacuées du corps, ce sont des restes, des « déchets ». D'une certaine manière, même si l'enfant ne peut pas exactement « concevoir » cela, on peut dire qu'il le pressent, et qu'il pressent que l'évacuation est nécessaire à son fonctionnement, elle le soulage d'une tension interne. Elle fait plaisir dans le soulagement lui-même, et dans la mesure où la muqueuse anale est érogène et est « stimulée » au moment de l'évacuation des selles.

En ce sens, l'expérience profile, dans l'évacuation des matières fécales, un modèle des processus psychiques d'évacuation de ce qui est source de tension, des sensations de déplaisir, qui dans et par leur évacuation elle-même, produit du plaisir. L'expérience fournit le modèle d'une expérience de déplaisir, de tension, transformée, par l'évacuation, en situation de plaisir. On a pu souligner que c'était là l'un des modèles corporels possibles pour incarner le processus de « projection » psychique, pour lui donner corps et lui permettre de se représenter. On peut dire aussi que c'est le premier modèle[1] d'une « solution » inventée-produite par l'enfant face à ses tensions. Les autres « solutions » antérieures dépendent de l'intervention de la mère.

1. Il a bien sûr le vomissement, mais celui-ci est souvent « réflexe », peu subjectivé, et va à contre-courant.

En même temps, les fèces représentent une production de son corps, une production de lui-même, de lui « tout seul » ; c'est même sa première « production » et la seule pendant longtemps. Comme telle, elle est nécessairement porteuse de quelque chose de lui, elle le « représente » et il peut concevoir une certaine fierté à cette production. C'est une production de l'intérieur de son corps, une production qui « montre » que l'enfant peut « produire » un objet, qui « montre » ce qu'il y a à l'intérieur, ce que peut produire l'intérieur du corps et ce qui doit sortir de celui-ci. D'autant plus que la chose est souvent accréditée par l'environnement qui trouve « belle » la crotte qu'il produit. Cependant, cela ne dure pas : une fois produite et « admirée », la crotte va devoir être évacuée et disparaître, ce qui est un rappel de sa nature de déchet. Ce qui est « beau » dans la crotte, c'est le fait qu'elle soit produite, et dans de bonnes conditions.

Nos deux remarques précédentes permettent donc d'avancer – ce qui n'est pas tout le temps clairement perçu – que les matières fécales sont petit à petit vécues comme des « symboles », c'est-à-dire qu'à leur nature « matérielle » vient s'ajouter une valeur subjective particulière, un sens. Elles sont le symbole de ce qui doit être évacué, de ce qui est en reste, en déchet, en soi, de ce qui n'est pas chargé de plaisir, puisque source de tension ; elles sont le symbole de l'évacuation du déplaisir et de sa transformation en plaisir. C'est pourquoi on a souvent rapproché la problématique du « masochisme » de celle de l'analité : dans le masochisme aussi il y a une transformation du déplaisir en plaisir, même si elle ne s'effectue pas de façon identique.

Il est également important de comprendre que les deux aspects que nous venons de décrire – l'enfant évacue les sources de déplaisir à travers l'évacuation de ses fèces, et en même temps il fait vivre à sa mère ce qu'elle lui a elle-même fait vivre : l'attente, la dépendance – vont s'intriquer et se combiner pour produire un processus tout à fait spécifique. C'est en faisant vivre à l'autre ce qu'on a soit même vécu de désagréable qu'on l'évacue de soi-même, et qu'on transforme en plaisir ce qui était source de déplaisir. Une composante « sadique » vient donc se mêler au processus d'évacuation, une composante « sadique-anale » comme elle est traditionnellement appelée.

L'interprétation de ce processus double, mais dont la valeur intersubjective est essentielle, peut être diverse ; elle varie d'ailleurs sans doute selon les circonstances. D'un côté l'enfant va avoir le fantasme d'évacuer les affects et contenus psychiques « dans » sa mère, en même temps qu'il évacue ses matières fécales, et là sa mère représente un autre « différent », étranger, dans lequel on peut évacuer ce qu'on ne veut plus de soi ; le mécanisme peut donc être hostile pour l'objet.

Mais, d'un autre côté, on peut aussi penser qu'il s'agit de faire « partager » à la mère, comme « double » de soi, les affects que l'on a de la difficulté à endurer, de faire partager ces derniers pour les rendre plus supportables. Tout dépend donc de la relation qui relie l'enfant à sa mère, et de la manière dont la mère éprouve ces processus de son enfant.

Comme il apparaît dans notre réflexion, ce processus a deux faces, deux versants qui vont petit à petit se succéder pendant l'analité.

- Sur la première face, les affects et les « choses » psychiques déplaisantes vont être évacués à travers les matières fécales, qui vont symboliser le mauvais à évacuer. Ici, c'est l'évacuation des matières qui « porte » le fantasme d'évacuation psychique.
- Mais sur l'autre face, c'est quand l'enfant retient ses fèces et fait attendre la mère qu'il évacue fantasmatiquement en elle les affects liés à l'attente, aux attentes antérieures, celles que la mère lui a fait endurer ; c'est au contraire en se retenant qu'il « évacue », qu'il fait vivre à la mère les expériences passives qu'il ne peut intégrer.

Les deux faces, les deux moments du processus peuvent alterner : tantôt la colère s'exprimera dans l'évacuation, tantôt c'est dans la rétention qu'elle trouvera sa forme. Mais plus le temps avancera et avec lui la maturation psychique, plus l'enfant sera au contrôle de son mode d'expression, plus ce dernier sera placé sous la commande subjective de l'enfant.

2. Organisation progressive des premières formes du surmoi

2.1. Principes éducatifs

La capacité progressive de contrôle subjectif de ce qui se produit dans le corps et le comportement de l'enfant vont être à l'origine de la problématique éducative, qui va commencer à donner sens à la question de la formulation des interdits et aux grandes questions éducatives. L'éducation commence bien sûr dès la naissance, et on peut dire que des règles infiltrent l'ensemble du maternage dès l'origine ; mais, si elles contraignent le bébé, ce n'est que par l'effet qu'elles ont sur sa mère et donc indirectement pour l'enfant. Les règles éducatives commencent par contraindre la mère et la représentation qu'elle peut se faire de la manière dont elle doit s'occuper de son bébé. Ce dernier est affecté par les principes éducatifs de sa mère, mais d'abord parce qu'ils ont un effet sur la relation qu'elle entre-

tient avec lui, pas directement. On « n'éduque » pas un bébé, l'éducation n'a pas de sens tant qu'un contrôle suffisant n'est pas instauré, un contrôle qui ouvre la question d'une liberté et donc d'une certaine responsabilité.

Quand la mère commence à se dégager de l'emprise première de la préoccupation maternelle primaire, quand elle commence à sortir de la relation dans laquelle celle-ci se structure sur le modèle « être tout l'un pour l'autre », les principes éducatifs jouent un rôle. Mais il ne s'agit pas encore d'une véritable action éducative, c'est son orée, celle qu'un « interdit du cannibalisme » pourrait exprimer : « Tu ne peux être tout pour l'autre, et il ne peut être tout pour toi ». On ne peut réintégrer sa progéniture, la réintégrer par dévoration selon le fantasme inconscient, pas plus que l'on ne peut réintégrer le ventre de sa mère, selon le fantasme du bébé. La séparation est donc inévitable, c'est un fait fondamental pour l'humain, un fait que les principes éducatifs vont éventuellement venir soutenir ; toutefois, il ne relève pas, quant à lui, d'un principe éducatif, mais d'un fait qui fonde l'humain : c'est la première forme de l'interdit de l'inceste. Ensuite, la séparation a lieu, et il s'agit de l'intégrer des deux côtés : pour la mère, de réinvestir ses désirs de femme sexuée adulte ; pour le bébé, de traverser l'expérience du détruit-trouvé pour fonder la base de son espace interne, développer ses autoérotismes personnels.

Les débuts de l'analité vont devoir conforter et développer les fondements de cette séparation primordiale. L'analité témoigne aussi de l'existence de cet espace interne, corporel d'abord, puis habité par une volonté, un désir, un moi et une conflictualité, comme nous avons essayé de le montrer dans notre précédent chapitre. Avec l'organisation progressive de l'analité, et la reconnaissance toujours plus avancée de l'existence d'une volonté autonome de l'enfant, existence, attestée par le développement, de ses capacités de contrôle musculaire et émotionnel, nous allons commencer à rencontrer une véritable problématique éducative, c'est-à-dire la mise en œuvre de « principes éducatifs » organisés et s'organisant progressivement comme des règles de conduites.

2.2. Capacité de prise sur les objets

Le développement de l'aptitude motrice, de la musculature et de la motricité volontaire va permettre à l'enfant de commencer à se déplacer, mais aussi de commencer à s'emparer des objets ou, mieux, de se déplacer pour s'emparer des objets. Cette capacité de « prise » et d'exercice d'une certaine emprise sur les objets est tout à fait essentielle ;

c'est aussi dans l'exercice de celle-ci que l'enfant va se « sentir », va sentir sa puissance, son pouvoir et donc sa volonté propre.

Il est tout à fait indispensable que l'enfant puisse vivre ces expériences, et que l'environnement tolère celles-ci de manière suffisante, pour que l'enfant ait le temps de sentir ses capacités et puisse éprouver la mesure de son contrôle sur les objets aussi bien animés qu'inanimés, qu'il puisse également sentir la différence entre le contrôle qu'il peut exercer sur les objets, selon qu'ils sont animés ou inanimés.

La question du « contrôle » – sur laquelle j'insiste parce qu'elle est essentielle pour le développement du sens subjectif, pour la saisie du sujet par lui-même – ne doit pas faire oublier l'ensemble des enjeux de la capacité de prise sur les objets. À travers les « jeux de mains » et de motricité, à travers l'exploration que ceux-ci rendent possible, l'enfant expérimente aussi les différentes propriétés des objets et de son corps en rapport avec les objets, là encore aussi bien animés qu'inanimés. Cette activité suffisamment libre va lui permettre progressivement, pendant l'analité, d'explorer les différences entre le haut et le bas, la station debout et son intérêt pour la libération de la main, et donc, là encore, de la capacité de prise, la différence entre la droite et la gauche, qui elle aussi dérive à l'origine de la libre motricité, entre le visible et l'invisible, le malléable et le rigide, le transformable et le non-transformable, etc. Soit des propriétés qu'il avait déjà rencontrées, mais qu'il va pouvoir explorer délibérément et ainsi s'approprier dans le même mouvement.

2.3. Lâcher prise et interdit de toucher

Autant cette capacité de prise sur les objets est importante, autant il est non moins essentiel que l'enfant soit confronté aussi au « lâcher prise » et à « l'interdit du toucher » (Anzieu, 1974) qui l'inscrit dans la relation éducative. Le désir de « prise » et d'emprise sur l'objet peut lui-même exercer son emprise sur l'enfant, « se retourner » contre l'enfant. Dans un monde où le « retournement » tient une telle place organisatrice, comme nous l'avons indiqué plus haut, chaque mouvement est menacé de retournement ; l'on peut devenir « possédé » par ce que l'on possède, capté par le désir de capter. Les enfants qui ont accumulé plein de jouets à côté d'eux, sous leur contrôle et leur emprise, et qui, tout à la tâche de protéger leur bien face aux entreprises des autres enfants, ne peuvent plus jouer, c'est-à-dire profiter de leurs jeux, sont eux-mêmes pris dans l'emprise de leur propre possessivité. Picsou, le célèbre « héros », est assis sur son tas d'or et prisonnier de ses propres possessions.

Au fur et à mesure que l'enfant apprend à mieux discriminer chacune des parties de lui-même et du monde, il est menacé par le fait que chaque partie se donne comme un « tout ». Chaque désir se fait impérieux, comme s'il était le seul désir de l'enfant ; par exemple, quand il est en train de jouer, il « oublie » qu'il a faim, il est tout à son jeu au détriment des autres aspirations qu'il abrite. Chaque chose, chaque désir, tend à se donner comme s'il était le seul, fût-ce au détriment de l'ensemble. Nous sommes encore proches du fonctionnement sur le mode de la réalisation hallucinatoire du désir, proches des formes premières du fonctionnement du principe du plaisir, dans lesquelles le plaisir du moment est tout, dans lequel l'enfant est tout dans l'instant, en difficulté pour pouvoir anticiper, sans forme bien acquise de la temporalité.

Ainsi, l'enfant qui, pour tenter de conserver son pouvoir sur sa mère, continue de la faire attendre, de la maintenir « à sa merci », est bientôt lui-même tyrannisé par sa propre tyrannie. À force de vouloir garder à l'intérieur, de refuser de lâcher son bâton fécal, l'enfant se met sous tension, laquelle ne tarde pas à devenir désagréable ; le déplaisir, qu'il s'agissait d'évacuer, menace de revenir de l'intérieur, de faire dégénérer l'entreprise. L'enfant, tout à son mouvement du moment, « oublie » la dépendance dans laquelle il est encore à l'égard de sa mère – c'est bien d'ailleurs le sens du mouvement – ; il oublie qu'il ne la maîtrise « que » parce qu'elle l'accepte, que parce qu'elle le veut bien ; il oublie que ce n'est qu'une forme de jeu intersubjectif, il s'y croit, trop. Bientôt la poussée sera trop forte et l'enfant ne pourra plus se retenir, il perdra le contrôle, ne pourra plus tenir et sera obligé de lâcher, à moins, fait plus grave, qu'il ne perde le sens de son contrôle, que celui-ci devienne aveugle, inconscient, et que l'enfant ne se retrouve avec une constipation douloureuse, et comme malgré lui. Ou bien la mère, lassée, se retirera, psychiquement ou effectivement, le laissant seul avec sa tyrannie, le menaçant d'abandon s'il s'entête trop.

Pendant un temps, la prise, le désir de garder est efficace, assure un sentiment de force et de pouvoir sur l'autre ; mais, au-delà d'une certaine limite, ses vertus se retournent et conduisent à la défaite et à la perte de la valeur de l'expérience subjective, à la peur de tout perdre. En effet, au-delà, c'est la menace de la perte de l'amour des parents qui se profile, la menace de la perte de l'estime de soi dans la défaite et la reddition. Il est nécessaire que l'enfant sente et découvre que le pouvoir dont il dispose est un pouvoir intersubjectif, c'est-à-dire un pouvoir qui repose sur le désir de l'objet autre-sujet, sur son acceptation de la valeur de ce qui se joue. Si l'objet décrète que cela

n'a plus de valeur et décide de se retirer, l'enfant expérimente que la valeur de ce qu'il « produit » et/ou de ce qu'il décide de garder dépend de la valeur que l'objet, l'autre-sujet, lui confère.

Aussi bien, s'il est important que les parents acceptent d'être sous la dépendance momentanée de leur enfant, s'il est important qu'ils laissent l'enfant prendre son temps, qu'ils le laissent faire son travail exploratoire du monde extérieur et intérieur, il est non moins important qu'ils puissent également introduire une limite à cette emprise, qu'ils puissent introduire des principes régulatoires qui délimitent ce qui est « bon » et ce qui devient « trop ». Il est donc souhaitable que les parents aident l'enfant à accepter de « lâcher prise » quand le moment est venu.

2.4. Le « non », première forme du surmoi

Un opérateur symbolique particulier peut venir représenter cette nécessité d'une limite : le « non ». C'est le troisième « organisateur » repéré par R. Spitz (1965), qui en a souligné la valeur tout à fait essentielle dans la mise en œuvre de la subjectivité. Le « non » est d'abord, bien sûr, prononcé par les parents, en particulier quand ils souhaitent interdire, à distance, le touché d'un objet, sa « prise ». Le « non » est une première forme d'équivalent linguistique de l'acte d'empêcher, c'est une forme d'action par le mot. Le mot « non » arrête la main, l'action, comme le parent arrêtait l'enfant, ou lui prenait l'objet interdit des mains. Prononcé avec une certaine voix, celle de « l'autorité », il est intermédiaire entre le geste et la parole ; il fait passer de l'un à l'autre, comme il « demande » à l'enfant aussi de passer de l'un à l'autre. Nous reviendrons plus loin sur la question de l'émergence du langage et de son mode d'investissement par l'enfant, mais ce que nous souhaitons souligner dès maintenant, c'est sa valeur d'opérateur symbolique d'une première forme du surmoi.

Le concept de surmoi a été introduit pas Freud pour désigner l'instance psychique qui fixe les règles du fonctionnement psychique, qui énonce les interdits destinés à permettre au sujet de réguler les formes de manifestation de ses désirs.

Nous avons vu que la représentation d'un idéal du « tout, tout de suite, tout seul, tout ensemble » organisait et vectorisait les premiers mouvements pulsionnels de l'enfant, la première forme représentée du principe de plaisir. À celui-ci vient petit à petit s'opposer un « non » qui en transforme la nature, oblige le sujet à prendre en compte la réalité des désirs des objets parentaux, introduit la limite qui marque la place du désir de l'autre-sujet et singulièrement du

parent. Idéalement, le « non » du parent vient marquer la limite au-delà de laquelle les choses se « retournent », et où ce qui était « bon » devient « mauvais », la limite à partir de laquelle l'enfant risque de se désorganiser et de désorganiser sa subjectivité naissante, pris dans un « trop » qui menace de le déborder et de déborder ses capacités naissantes.

Le « non » introduit un « organisateur » psychique, pour reprendre le terme de R. Spitz, un organisateur qui représente « la réalité » au sein du monde du désir, la réalité de l'autre, la réalité nécessaire pour que le désir et le plaisir conservent leur valeur et ne « dégénèrent » pas en une débauche pulsionnelle désorganisatrice et désubjectivante. Nous pouvons formuler le principe qui se déduit de l'introduction de ce principe régulateur dans le monde de l'enfance : « non-tout, non-tout de suite, non-tout seul, non-tout ensemble ». Ce principe régulateur d'une « organisation » psychique de la gestion des désirs fonctionne comme une matrice surmoïque, c'est-à-dire que ses différents composants sont solidaires les uns des autres, et renvoient les uns aux autres ; cependant, ils ont aussi, par le détail de leurs forme et énoncé propres, leur valeur intrinsèque qu'il nous faut rapidement déployer.

- « Non-tout » : on ne peut réaliser tous ses désirs, accomplir tous ses mouvements pulsionnels. Il y a une limite, donnée à la fois par la réalité et ses limites, et par la limite donnée par l'objet en tant qu'il est un autre-sujet et qu'il se fait connaître comme tel dans son altérité.
- « Non-tout de suite » : ce que l'on peut réaliser ne peut se réaliser que dans le temps, temps nécessaire à la mise en œuvre des moyens adéquats et du « travail » nécessaire à cette mise en œuvre. Il faut accepter de « différer » certains désirs pour pouvoir les réaliser ; il y a un moment pour chaque chose qui prend place dans une « organisation » du plaisir-déplaisir, dans une « gestion » de celui-ci. Nous verrons plus loin que le différé est aussi à l'origine du grand système de consolation de l'analité.
- « Non-tout seul » : ce que l'on peut réaliser ne va pas se réaliser « tout seul », c'est-à-dire hallucinatoirement, par « l'opération du Saint-Esprit ». Il faut mettre en œuvre les moyens ad hoc, et les autoérotismes eux-mêmes ont leur limite. Mais « non-tout seul » aussi au sens où il faut accepter l'aide des autres, où l'on ne peut réaliser tout seul un certain nombre de désirs, où certaines réalisations ne peuvent « se faire seul ».
- « Non-tout ensemble » : ce que l'on peut réaliser suppose un classement, un ordre. On ne peut réaliser tous les désirs en « même

temps », il faut choisir entre les différents désirs à chaque moment. En outre, chaque réalisation de désir implique le renoncement ou le différé du désir inverse.

Si la pulsion représente « une exigence de travail psychique » pour être introjectée, le surmoi fixe les règles qui rendent possibles ce travail psychique et donc l'introjection pulsionnelle elle-même.

Le « non », la limite imposés par l'environnement vont devoir être repris par l'enfant à son propre compte, ce que l'on observe bien quand un enfant, approchant la main d'un objet interdit, regarde le parent et dit « non », et « se » dit non, dit « non » à son propre désir. Cette intériorisation d'une règle ne peut s'effectuer que si elle trouve un appoint suffisant dans le principe du plaisir, que si elle apparaît à l'enfant comme une évolution du principe du plaisir, et ce même si elle représente aussi une première forme de renoncement à celui-ci ou, du moins, à sa forme première. On ne peut espérer que les règles et interdits trouvent d'emblée et totalement une alliance avec le moi de l'enfant, dans la mesure où ils canalisent le plaisir et forcent inévitablement à un certain renoncement pulsionnel. Ici, l'enjeu majeur est celui du renoncement à ce que la partie soit équivalente du tout, à ce qu'elle se donne pour le tout ; une place doit donc être faite à chaque partie ou, du moins, pour rester cohérent, à « une partie des parties de soi »[1].

Où donc l'alliance du surmoi et du principe de plaisir va-t-elle pouvoir se conclure « typiquement » au moment de l'analité ?

On peut tout d'abord évoquer la menace qui pèse sur le moi de l'enfant, celle d'un « lâchage », d'un abandon, par le parent aimé, que cette menace soit fantasmée par l'enfant en rétorsion de ses propres désirs d'indépendance, et là encore suivant une logique du « tout » – quitter « en partie », c'est menacer d'abandonner « en totalité » –, ou que cette menace s'appuie sur la perception d'un mouvement de « chantage » plus ou moins conscient chez ses parents.

Ensuite, il convient de souligner que l'enfant perçoit plus ou moins confusément que sa logique du « tout » le met en danger, qu'il est tyrannisé par ses pulsions et qu'il a besoin de l'appui des objets

1. Nous commençons déjà à être dans une problématique proche de celle qui est classiquement repérée comme celle de la « castration ». Mais je préfère réserver la question de la « castration » à la forme phallique de cette problématique et plutôt penser cette logique autour de la problématique des « limites » en général. La « castration » à proprement parler est, pour moi, la forme particulière de la limite, quand la différence des sexes est au centre de l'organisation libidinale, c'est-à-dire au moment de l'acmé de l'organisation phallique de la libido.

parentaux et de leur règle pour dire « non » à la tyrannie interne que ses désirs peuvent exercer sur lui.

2.5. Acceptation de la passivité

Ces raisons « négatives » sont heureusement complétées par des motifs plus directement au service de l'organisation du plaisir. L'acceptation des règles, lorsque celles-ci ne sont pas seulement l'expression du « bon plaisir » des parents, mais qu'elles se fondent sur des principes auxquels ils se soumettent eux aussi, permet d'organiser la gestion du plaisir, c'est-à-dire propose un véritable gain dans l'économie de celui-ci. S'organiser est bien en effet la « bonne » manière pour optimiser ce qui est effectivement réalisable. Si les parents acceptent de se soumettre eux aussi aux règles qu'ils édictent – à une différence près que nous aborderons plus loin –, l'enfant peut s'identifier à des « grands » qui tolèrent une certaine passivité, y compris une certaine passivité avec lui, à des adultes qui se soumettent à une certaine règle, ce qui commence à conférer à celle-ci la forme d'une véritable « loi ».

2.6. Le différé

Enfin, le différé offre un formidable système de « consolation » pour tous les désirs qui ne sont pas réalisables sur le moment. « Plus tard » permet de ne pas avoir à renoncer totalement, mais seulement « en partie » au désir, d'y renoncer « pour le moment », c'est-à-dire de mettre le désir en réserve.

Le système de consolation anal fondé sur le « plus tard » est celui que Freud évoque en particulier quand l'enfant est confronté à des formes de la différence qui menacent d'être irréductibles. Par exemple, face au constat de la différence des sexes, Freud souligne que la première réaction de l'enfant est que le pénis manquant sur le sexe de la fille « poussera plus tard ». Mais, lorsque l'enfant bute aussi sur ce que la différence de génération impose d'irréductible – les « grands » ont des prérogatives qu'il n'a pas : ils se couchent plus tard, peuvent faire quantité de choses auxquelles il doit renoncer, les parents ont entre eux des commerces auxquels il ne participe pas, etc. –, ce même système de consolation lui permet d'imaginer une inversion des positions : « quand je serais grand et que tu seras petit » l'entend-on, parfois, dire.

Le différé permet d'imaginer un retournement, une revanche, voire, si le sentiment prend une forme plus passionnelle, une vengeance. Le différé rend « tolérable » le constat du caractère irréduc-

tible de certaines différences actuelles, il atténue celles-ci, leur confère un caractère plus relatif, entretient l'espoir d'un futur qui chante et dans lequel les renoncements actuels ne seront plus nécessaires.

Ce à quoi il faut renoncer, ce qu'il faut « lâcher », est et n'est pas « perdu ». C'est perdu sur le moment : la crotte doit être lâchée et évacuée, tel jeu doit être abandonné, il faut lâcher le plaisir d'être avec les autres, etc. ; mais c'est pas perdu, ça reviendra plus tard, demain une nouvelle crotte se présentera, le jeu pourra être repris, les autres retrouvés, etc. L'enfant organise une forme de temporalité cyclique, s'organise dans une forme de temporalité qui inclut le temps sous la forme de l'acceptation du différé, et en même temps refuse son caractère irrémédiable. Je propose d'appeler cette forme de temporalité le « retour différé du même ». Ce à quoi il faut renoncer, là maintenant, reviendra plus tard. L'analité organise un compromis entre les exigences de la pulsion et celles du moi, ou plutôt, l'analité permet de commencer à s'approprier le compromis inévitable qui commande la réalisation du désir.

La règle du « non-tout » et de ses différentes formes va donc trouver un allié dans la place, et l'enfant va trouver le moyen de mettre celle-ci, au moins en partie, au service du principe du plaisir, condition sine qua non pour qu'elle soit intériorisée comme règle, et non comme simple forçage parental éducatif, condition nécessaire pour que le surmoi se « transitionnalise » et qu'il puisse apparaître comme trouvé dans l'environnement éducatif parce que nécessaire au jeu de la pulsion et de sa réalisation. En ce sens, cette règle se présentera de plus en plus à l'enfant, dans le processus éducatif, sous une forme qui en estompera le caractère « négatif » pour souligner, à l'inverse, ce que sont « les bonnes manières ». Elle soulignera alors plutôt ce qui est « bon » et souhaitable, c'est-à-dire quelles sont les bonnes manières de faire « la bonne chose, au bon moment, au bon endroit, et de la bonne façon ».

3. Valeur organisatrice et symbolisante de la différenciation de la partie et du tout

Avec l'instauration des premières formes d'un surmoi régulateur interne, le rapport du sujet au plaisir, à ce qui est vécu comme bon ou mauvais, nous l'avons vu, commence à se modifier. L'objet n'est plus « bon » ou « mauvais » en soi, mais relativement à la manière, au style, à la forme de sa présence ou de son absence, et c'est là que se précise le message qu'il donne. La chose devient bonne quand elle vient ou s'absente au bon moment, au bon endroit et de la bonne

manière ; inversement, si elle ne vient pas à point ou de la bonne manière, c'est son mode de « présentation » qui définit qu'elle sera message d'amour ou de haine.

Le problème du choix va commencer à se poser : il faudra choisir la bonne chose, au bon moment, ce qui va introduire progressivement des critères subjectifs de discrimination, de différenciation, de hiérarchisation des désirs, et ce en fonction du contexte, de la situation. Cela va imposer à l'enfant la nécessité de commencer à « se » représenter lui-même, la nécessité de « se » représenter « en situation », de se « voir », et donc aussi de se décentrer, de « se » voir avec le point de vue de l'autre.

3.1. L'image dans le miroir

J. Lacan[1] a insisté sur une expérience subjective contemporaine de l'organisation de l'analité, celle du « stade » du miroir, c'est-à-dire celle du moment où l'enfant se reconnaît dans le miroir. Il a souligné comment, dans cette expérience subjective, le « je » se « précipitait » en une forme visuelle, dans laquelle l'enfant s'identifiait et à laquelle il s'identifiait.

R. Zazzo, ensuite, a pu montrer que ce que l'on croyait acquis vers 18 mois était loin d'être aussi stabilisé que l'on a bien voulu le penser et qu'il ne s'agissait que du moment où l'enfant, dans des conditions particulières, par exemple dans les bras de sa mère, commençait à se reconnaître et à s'identifier. Il a souligné que le travail de conquête de l'image de soi, la réflexivité, restait dépendant, à cet âge-là, de certains contextes et de certaines situations, et qu'il fallait encore attendre plusieurs années, jusqu'à 6-7 ans et l'âge de raison, pour que l'enfant se reconnaisse dans toutes les situations, pour qu'il ait réalisé le décentrement hors du narcissisme, nécessaire.

Sami Ali de son côté a avancé que le moment où l'enfant commençait à se reconnaître dans le miroir devait être précédé de toute une série d'intégrations motrices préalables. Entre le corps « senti » et le corps « vu » et « reconnu », un travail psychique et une dialectique doivent s'établir, une forme de transitionnalité psychique de la sensation kinesthésique à « l'enveloppe visuelle » (Roussillon, 1978 ; Lavallé, 1999) de soi.

Je voudrais souligner ici que le travail psychique rappelé par S. Ali rend possible un processus réflexif qui me paraît tout aussi important

1. Mais il situe trop tôt dans le temps, selon une habitude de l'époque, le moment où l'enfant commence à se reconnaître (voir Zazzo, 1993).

que celui de l'identification de soi et lui est étroitement dialectisé, celui par lequel l'enfant peut commencer à se voir du point de vue de l'autre, avec les yeux d'un autre, c'est-à-dire qu'il commence à pouvoir se décentrer et décentrer son point de vue sur lui-même. Il peut commencer à « se » voir comme il est vu par l'autre. Quand l'expérience au miroir peut être vécue dans de bonnes conditions, c'est-à-dire quand l'enfant a été suffisamment reflété par le regard des personnes importantes de son environnement, qu'il a été suffisamment « bien » vu par celles-ci, que les messages qui ont pu lui être renvoyés de lui sont suffisamment concordants avec ce qu'il sent, alors l'enfant ne se sent pas dissocié entre ce qu'il sent de lui, là où il est, et ce qu'il voit de lui, là où il se voit. L'image dans le miroir « transitionnalise » le sentiment de soi, permet de se décentrer et de rester soi-même, disons de commencer à se décentrer et à rester soi-même, sans être écartelé entre les deux types d'informations sensorielles.

Le regard de l'autre sur soi et la capacité à se voir du point de vue de l'autre s'intriquent et s'amalgament dans une expérience qui est autant « réflexive » qu'identifiante. Cette expérience ne tarde pas à précéder celle qui est son autre face, que certains psychologues développementaux ont appelé « théorie de l'esprit », et qui concerne la capacité de l'enfant à voir le monde à partir d'un autre point de vue que le sien, c'est-à-dire à penser à partir du point de vue de l'autre. On conçoit que de telles questions dialoguent avec la question psychanalytique du narcissisme, qu'elles en sont la forme « intellectuelle », là où la psychanalyse mais aussi la théorie de l'empathie, qui la rejoint sur ce point-là, intègrent les aspects affectifs et intentionnels.

De telles questions introduisent le problème de la symbolisation et de ses formes. Quand on peut séparer une partie du tout, une série de figures de symbolisation commencent à devenir possibles, en particulier autour de l'articulation de la partie et du tout, et du choix d'une partie pour représenter le tout, pour « symboliser » le tout, ce qui introduit une réflexion sur cette « partie » singulière de la chose qu'est le mot qui sert à la désigner. Le rapport du sujet au langage n'est pas d'emblée donné sous sa forme accomplie ; il a une histoire qui accompagne la conquête progressive par l'enfant de la « nature » du symbole, de l'existence d'un type particulier de « chose » qui se définit par son pouvoir représentatif.

Il n'entre pas dans mon propos de reprendre ici l'histoire de ce rapport au langage verbal, un livre n'y suffirait pas, mais, dans la mesure où le langage verbal commence à apparaître au moment de l'analité, je me contenterais d'en inscrire le lien avec la question de l'articulation de la partie et du tout que je viens d'évoquer.

3.2. Apparition du langage verbal

Nous avons commencé à décrire plus haut l'émergence du « non ». Dans le courant de la 2e année, le langage verbal va apparaître et se développer en parallèle au travail d'organisation psychique.

Pour aller à l'essentiel, disons que, dans un premier temps, le mot est une partie de la chose, non complètement détachée de la chose : c'est l'entendu de la chose, le « non-vu » de celle-ci. Dire non à cette époque, nous l'avons dit, c'est « faire » non. Le mot est le prolongement de l'acte, il est l'une de ses formes ; dire le mot, c'est s'emparer déjà de la chose, agir par le langage, lâcher le mot c'est lâcher la chose, etc. C'est cette propriété que l'hypnose utilise et retrouve. Dans l'hypnose, le mot assure son emprise, sa prise sur la chose, il peut produire la chose : dire à un sujet qu'il est ivre le « rend » ivre, lui dire qu'un objet le brûle produit une brûlure effective sur le corps (Roussillon, 1995). Dans le roman de F. Herbert *Dune*, certaines femmes, certaines « mères », possèdent cette voix particulière, irrésistible, cette voix « hypnotique » équivalente d'une emprise sur l'autre. De plus, l'énergie, la richesse et le pouvoir sont donnés par... les excréments d'un immense ver ! Le mode de fonctionnement de l'organisation anale de la pulsion se transfère sur l'appareil de langage naissant, et dans un premier temps, il se transfère avec toute la force « actualisante » de la pulsionnalité.

Ensuite et progressivement, la partie-mot se sépare du tout de l'objet, se sépare de la chose. Le mot n'est plus la chose, c'est une « chose » particulière, qui peut commencer à « dire » la chose en l'absence de la chose, qui peut être « détachée » de la chose perçue et commencer une aventure singulière, propre. Freud rapporte, par exemple, qu'un patient, qu'il a nommé « l'homme aux loups », alors qu'il était encore enfant, lançait tous les mots qu'il trouvait sur son père pour exprimer sa colère.

Puis le mot peut commencer à « représenter » la chose en l'absence de la chose, la partie-mot peut représenter le tout-chose, la partie-mot va devenir de plus en plus ce qui peut « représenter » le tout de la chose, la partie qui, par excellence, représente, symbolise le tout. Il va pouvoir « présenter » la chose en l'absence perceptible de la chose, tenir lieu de la chose en soi. Plus tard encore, la représentation va pouvoir petit à petit se « détacher » elle aussi de ce qu'elle représente, quitter la fidélité qu'elle devait à l'objet qu'elle désignait, s'affranchir de ce poids de « réalisme », pour se saisir comme « production » représentative, génératrice d'un autre monde, celui de la réalité interne. Mais dans l'utilisation que le sujet humain fait

du langage verbal, à un moment ou à un autre, des traces de ce parcours pourront faire entendre leur marque.

On conçoit dès lors l'importance du langage verbal, son « économie » dans le fonctionnement de la psyché. Il affine l'action sur l'autre-sujet, permet d'augmenter la prise que l'on a sur lui, de conserver une partie de la chose, même en l'absence perceptive de celle-ci. Conserver une partie de la chose « maniable » dans des opérations psychiques beaucoup plus économiques que le maniement de la chose elle-même permet des opérations qui s'abstraient petit à petit du monde perceptif, et de s'emparer du monde interne, du monde de la pensée et de la représentation. Le mot n'est pas la symbolisation, celle-ci opère sans le langage, abstraitement, et peut s'exprimer dans d'autres formes que les formes langagières. Mais le mot et « l'appareil de langage » qui permet de lui donner toute sa mesure représentent une forme élective de l'activité représentative communicable, celle sans doute qui rend possible la transmission du plus grand niveau de complexité de la réalité psychique.

Lors de l'analité, l'acceptation progressive, l'appropriation surmoïque du détachement de la partie et du tout commencent à rendre possibles l'utilisation de l'appareil de langage verbal, le « transfert » dans le langage verbal des opérations de symbolisation en cours.

4. Limites de l'analité

Avant d'examiner comment l'organisation anale de la libido et de la pulsion va petit à petit céder la place à l'organisation phallique, et pour commencer à pouvoir saisir ce qui fait qu'elle sera supplantée, quand ce sera possible, par cette autre organisation, il nous faut revenir sur les limites de l'organisation anale elle-même.

Insister comme nous l'avons fait jusqu'ici sur ce qu'apporte la réorganisation anale de la libido ne doit, en effet, pas faire oublier que l'enfant est, bien évidemment, encore loin d'avoir atteint la maturation affective et libidinale, comme il est encore loin d'avoir atteint la maturation d'ensemble de sa personnalité.

Tout d'abord, l'organisation anale repose sur un compromis : il faut accepter de lâcher une partie de soi, une partie qui confère un certain pouvoir quand on en a la maîtrise, accepter de la lâcher par (en) force, dans un troc, en se rendant à la force, ce qui représente une blessure qui reste active. Les renoncements, comme Freud n'a cessé de le répéter, ne sont en effet jamais acquis une fois pour toutes, ne vont jamais de soi ; ils sont potentiellement toujours remis en question tant qu'ils ne sont pas pleinement intégrés – et le sont-ils jamais

intégralement ? L'expérience psychanalytique montre à l'évidence ce que Freud soulignait encore vers la fin de sa vie : les premières expériences restent les plus marquantes et les progrès ne sont généralement qu'à moitié aussi importants qu'ils ne paraissent au premier abord.

Ce compromis est coûteux. La « force » de l'enfant, son impact sur son plaisir et sur l'autre-sujet reposent encore en grande partie sur une illusion que les circonstances de la vie se chargent de lui rappeler périodiquement, et ce malgré la manière dont l'environnement familial le « protège » d'un trop de conflictualité et de blessures narcissiques.

Intrinsèquement, l'analité reste dépendante du rythme de la « chose », de l'objet, « ça vient quand ça veut », quand c'est son moment, et tout au plus l'enfant anal peut-il décider, à ce moment-là, de garder ou de lâcher, et encore au sein de certaines règles, et encore sans attendre trop longtemps. Le plaisir n'est donc pas permanent, il dépend des rythmes biologiques, de ceux des autres-sujets, et ceux-là renvoient aussi à d'autres sujets avec qui il faut partager. Le plaisir risque de se retourner, et la réussite de s'inverser.

L'objet anal procure du plaisir, mais celui-ci vient dans la séparation ; le sentiment de perte n'est pas loin, et cela peut venir « gâcher » le plaisir. Finalement, l'objet produit n'est que cette « petite » chose, appelée à disparaître, ce n'est qu'un déchet.

Enfin, tout cela ne tient que du fait de la promesse de « lendemains qui chantent ». Le compromis n'est tolérable que du fait de la promesse du « retour différé du même », il n'est que temporaire, il permet d'attendre – « plus tard quand tu seras grand » –, d'attendre que son heure vienne.

Le renoncement au « tout, tout de suite, tout seul, tout ensemble » de la représentation de l'idéal premier n'est pas abandonné ; il est reporté à plus tard, il est pro-jeté, jeté en avant, ce qui va conduire l'enfant à tenter l'aventure d'une nouvelle réorganisation pour tenter de s'en approcher. L'enfant ne sait pas encore que cette nouvelle tentative l'en éloignera toujours plus. Mais n'anticipons pas...

CHAPITRE 8
Réorganisation phallique de la pulsion

1. De l'organisation anale à l'organisation phallique – méthodes d'exploration

Nous venons d'évoquer que l'analité rencontre certaines limites, et en particulier celles qui concernent la périodicité du plaisir, sa fréquence. C'est la grande question de l'organisation de la vie psychique que celle des capacités d'obtention du plaisir, et ce même quand le principe de réalité a commencé à supplanter le principe du plaisir, comme c'est le cas au fur et à mesure que l'analité s'organise. La question implicite sous-jacente pourrait être formulée ainsi : comment continuer à garder ses sources de plaisir, mais en perdant moins, comment améliorer les conditions d'obtention du plaisir ?

Dans certains articles, maintenant un peu anciens, il était suggéré que l'enfant glissait de l'organisation anale en direction de l'organisation urétrale, phallique, pour une raison de base : on fait pipi plus souvent, et donc les occasions de plaisir sont plus fréquentes. On peut aussi évoquer la grande érogénéité de la zone urétrale, sa grande excitabilité. Bien sûr, si l'on se demande ce qui pousse l'enfant vers cette réorganisation, on peut également penser qu'il existe une certaine programmation de l'espèce, que « naturellement » la zone phallique, du fait de sa place dans la sexualité adulte, dans la sexualité génitale, va devoir être investie au cours du processus de maturation, nécessairement.

Il n'y a pas de raison de penser qu'il n'y a pas une série de causes qui viennent concourir pour rendre compte du passage à l'organisation phallique, des causes biologiques, culturelles ou autres. Mais, dans le cadre du parcours que je propose ici, il faut surtout souligner la place des changements qui affectent la subjectivité de l'enfant au fur et à mesure du processus de maturation.

L'organisation de l'analité vient de commencer à lui apporter une certaine « assise ». Elle a opéré la première grande révolution de l'organisation de la libido, à l'aide du processus de retournement. L'enfant a commencé à mieux contrôler ses capacités de prise sur son propre corps et sur les objets parentaux, les autres-sujets avec qui il doit composer. Sa capacité de discrimination des sensations corporelles est de plus en plus fine, et en particulier celle des sensations qui concernent l'excrétion. Il est assez vraisemblable que, dans celles-ci, dans un premier temps, « tout vient en même temps », que les excitations et sensations sont encore bien mêlées, et que la première représentation des orifices d'excrétion doit amalgamer anus et urètre. Beaucoup d'arguments cliniques le montrent, et si ceux-ci insistent surtout sur la présence d'une représentation « cloacale » chez la fille concernant le sexe féminin, celle-ci est aussi présente chez le garçon, pour ce qui concerne aussi son propre corps, même si on peut penser que la présence visible du pénis et du jet d'urine tempère cette représentation ou lui permet plus rapidement de la dépasser que la fille.

Ces premières réflexions me conduisent à une remarque. Il est clair que nous abordons de plus en plus, dans notre réflexion, des domaines où nous ne pouvons pas facilement conduire des « expérimentations » pour vérifier telle ou telle hypothèse. Le seul recours que nous ayons alors pour parfaire notre compréhension est l'investigation clinique en cours de psychothérapie, mais celle-ci est encore rare à cet âge-là, ou bien elle inclut la mère ou les parents, ce qui en change les données. Les psychothérapies plus tardives doivent tenir compte du temps qui a passé et des réorganisations que celui-ci a imposées au fonctionnement psychique. Par ailleurs, autant avec l'anus qu'avec la zone urétrale, nous nous rapprochons beaucoup du « sexuel » génital et des zones corporelles de l'intimité, ce qui impose, même au clinicien, de plus grandes réserves que pour ce qui concerne l'enfant au sein, qui se laisse culturellement plus facilement « observer ». On mange en public, mais les activités d'excrétion, elles, sont cachées, refoulées dans les espaces privés, intimes, hors de l'« observation » ou d'expérimentations décentes et respectueuses ; le « refoulement » du matériel qui les concerne est important, et ce même chez l'enfant.

L'outil d'exploration principal est donc l'exploration clinique, c'est-à-dire celle qui va s'effectuer à partir des jeux et des représentations que ceux-ci mobilisent et permettent d'appréhender. Mais elle est étayée par l'observation en milieu naturel, c'est-à-dire au sein de l'univers familial.

2. Le déplacement derrière-devant

L'organisation progressive de l'analité permettait déjà à l'enfant de différencier petit à petit l'investissement de l'objet fécal de celui de son corps propre. C'est bien au nom de l'investissement « narcissique » de ce dernier que l'enfant pouvait se résoudre à lâcher l'investissement de la partie « détachable », celle du bâton fécal. L'investissement se porte de plus en plus en direction du corps propre, des zones de plaisir qui sont les plus « permanentes », et c'est bien déjà pour « se » garder soi-même comme objet que l'enfant accepte de détacher cette partie de lui.

Nous avons aussi souligné à la fin de notre chapitre précédent que l'analité bute sur la limite imposée à l'enfant par les conditions mêmes de son plaisir ; celui-ci manque de permanence, reste très dépendant de déterminants qui sont en dehors de son contrôle direct. L'arrière, le « derrière », où est situé l'anus et par où se « fabrique » l'objet, échappe au regard ; il est senti, mais pas vu, « s'absente » dès que la sensation interne ne le rappelle pas à l'attention. L'avant, visible, est, lui, tout le temps potentiellement sous le regard. L'enfant voit ce qu'il fait et comment il le « produit » ; il peut faire le va-et-vient entre ce qu'il sent, les excitations liées à l'érogénéité de la zone, et ce qu'il voit, ce qu'il peut commencer à toucher de la main, à exciter par celle-ci, délibérément.

Par ailleurs, il pressent le rôle et la fonction de cette zone corporelle dans le plaisir parental, voire la procréation. Il a aussi pu remarquer comment ses parents ne traitaient pas cette zone de son corps exactement de la même manière que les autres parties du corps. C'est celle qui est tout le temps cachée au regard social, celle dont on ne s'occupe que dans certains lieux de la maison, les lieux les plus privés. Elle ne produit pas non plus un objet aussi « sale » que l'arrière : l'urine n'est pas traitée de la même manière que les matières fécales, son contrôle est plus tardif et va justement dépendre de la mise en place de l'organisation phallique de la libido.

Alors, de la même manière que l'enfant avait transféré du sein au bâton fécal, par retournement, la représentation de l'objet-idéal du plaisir, il va « déplacer » progressivement celle-ci de l'arrière vers l'avant, de l'anus et de la production des matières fécales vers la zone génitale et la production de l'urine. L'enjeu de ce « déplacement » est de gagner en permanence, en contrôle, dans l'utilisation des sources de plaisir, de tenter de se rapprocher de l'idéal d'une source de plaisir présente « tout le temps » et à libre disposition.

Le transfert de la représentation de l'objet-idéal sur celle-ci va conférer à la zone urétrale son caractère « phallique ». Le phallus

n'est pas un « objet » matériel, ce n'est pas le pénis, c'est le résultat de la « rencontre » de la représentation de l'objet-idéal avec la zone urétrale, avec les organes génitaux. C'est le symbole de cette rencontre, le symbole « s'incarnant » dans cette rencontre ; c'est pourquoi les petites filles aussi seront « phalliques », à leur manière.

Ce « déplacement » va progressivement produire une réorganisation de l'économie libidinale de l'enfant qui va devenir « phallique », « phallique-narcissique » même, pour en rappeler la place dans le narcissisme secondaire. Cela intervient que l'enfant soit garçon ou fille, même si, sans doute, le phallique masculin doit être différencié du phallique féminin. Cette réorganisation n'est pas « localisée » au seul plaisir urétral : elle va petit à petit donner son modèle à l'ensemble des plaisirs de la vie qui vont tendre à être réorganisés et réinterprétés, en fonction de cette nouvelle forme de l'objet-idéal. L'œil va devenir phallique, pénétrant, et avec lui la curiosité, comme nous l'examinerons plus loin, mais, nous le verrons aussi, le phallus désignera, par métaphorisation, c'est-à-dire par déplacement (métaphore : littéralement, porter en déplaçant), tout ce qui semble pouvoir permettre de pénétrer, de retrouver les conditions premières de la satisfaction « idéale » première.

Cependant, le modèle reste le même, il est fondé sur ce que « produit » le corps, sur ce qu'il évacue, sur ce qui est déchet, c'est-à-dire non intégré, non intégrable par le métabolisme et la métabolisation. Ce qui est évacué du corps est donc aussi potentiellement porteur fantasmatique des expériences psychiques non intégrées, de tout ce qui, dans la psyché, a encore besoin d'être d'évacué, expulsé, des excitations incontrôlables comme des expériences subjectives angoissantes, c'est-à-dire aussi tout ce qui éloigne, ou semble éloigner, des retrouvailles avec les états de détresse et d'insatisfaction premiers.

Le modèle n'est différent de l'analité qu'au « déplacement » près, petit déplacement « géographique », mais avec de grandes conséquences psychiques. Ce déplacement est sans doute moins spectaculaire que la grande « révolution » de l'analité, mais il est non moins décisif pour l'organisation psychique. Le déplacement ne « change pas tout » comme la révolution anale, ne croit pas tout changer, mais il change tout dans la mesure où il permet d'ouvrir, par simple déplacement, donc de manière plus économique, de nouvelles issues aux impasses de l'organisation antérieure. Le déplacement entérine, inscrit dans le rapport au corps la mutation que nous avons déjà évoquée à propos de l'analité, celle qui concerne le passage de l'objet produit aux « conditions » de sa production, de l'objet au corps lui-même.

Cette mutation, dont il faut rappeler qu'elle est progressive et qu'elle prend du temps, qu'elle s'accompagne d'un deuil, « fragment par fragment », de l'organisation libidinale antérieure, correspond aussi à un lent dégagement, dans ce que l'enfant produit, de ce qui est créateur et création dans cette production, et de ce qui est détruit et destructeur dans celle-ci, des nouvelles formes de l'opposition du « bon » et du « mauvais ».

Il nous faut examiner maintenant quelques conséquences de cette réorganisation libidinale.

3. Idéalisation du sexe : le phallus

La première conséquence sur laquelle il nous semble nécessaire de nous arrêter – nous avons commencé à la profiler en évoquant comment la représentation de l'idéal venait se transférer sur la zone urogénitale – est que l'intérêt pour ce qui concerne le sexe et le sexuel va subir un considérable renforcement. L'organisation dite « phallique » qui en résulte se caractérise en effet par une surévaluation, une idéalisation même, de tout ce qui se rapporte au « sexe » tel que l'enfant l'appréhende. Le sexe devient « la » partie centrale du corps, la partie la plus importante dans la hiérarchie des parties que nous avons évoquée dans notre chapitre précédent, celle à partir de laquelle l'espoir de retrouver l'idéal premier peut renaître. Elle est aussi une partie centrale dans la mesure où, d'une certaine manière, elle « représente » le « tout » lui-même ; mais également dans la mesure où elle commence à « porter » la question de l'identité de l'enfant, l'identité commençant à se « sexualiser ».

Nous reviendrons plus loin sur la question de la sexualisation de l'identité, mais quelques remarques sont ici déjà nécessaires.

La question de l'identité sexuée est présente dès le début de la vie. On peut en effet penser que, dès l'origine, entre les bébés filles et garçons, il y a des différences « biologiques » et que la « biologie » « sait » de quel sexe est le bébé. Il serait étonnant que la psyché du bébé n'en « sache » rien, même s'il est non moins clair qu'un tel « savoir » n'est pas conscient et que, s'il existe, il est sans doute assez diffus. Mais à côté de ces facteurs constitutionnels, sur lesquels la clinique n'a guère de prise et qu'elle peut seulement reconnaître, jouent aussi d'emblée des facteurs culturels et familiaux, c'est-à-dire des facteurs qui ont une dimension psychique. Nous sommes façonnés par une culture qui implique une série de différences en fonction du sexe dont la nature nous a doté. Les facteurs culturels, qui ne peuvent être négligés, agissent par l'entremise des personnes qui donnent les premiers soins à l'enfant.

La question du sexe de l'enfant est présente dès la prénomination de celui-ci, c'est-à-dire dès la naissance, dès la construction du « berceau psychique » d'accueil, mais aussi dans les soins qui lui sont donnés. De manière plus ou moins consciente, la mère comme le père, dans leur rapport au corps de l'enfant, ne peuvent faire fi du sexe et du genre de celui-ci. Les parents sont psychiquement « organisés » en fonction de la différence des sexes, et le corps du bébé est marqué d'un sexe, défini par celui-ci. Cette marque du sexe influence le rapport que les parents, et singulièrement la mère, dans le corps à corps premier, entretiennent avec le corps du bébé. Les parents lui transmettent ainsi une série de « messages » qui concernent la manière dont ils appréhendent son identité sexuée ; ils lui transmettent des messages, conscients mais aussi inconscients, sur le « sens » de son sexe pour eux.

Le bébé reçoit ces messages, même s'il est bien en peine de reconnaître le sens précis qu'ils ont pour la mère, le père ou l'environnement. Il se « construit » en fonction de ceux-ci, mais sans les connaître encore ; ils préforment sa future perception de son propre sexe. L'impact et l'influence de ces messages sont là d'emblée, mais ceux-ci ne délivreront toutes leurs potentialités, ne commenceront à être repris par l'enfant et intégrés, qu'à partir du moment où lui-même va commencer à investir la question de son identité sexuée, c'est-à-dire à partir du moment où l'organisation phallique de la libido va commencer à réorganiser l'ensemble de son expérience de lui-même et du monde. C'est donc après-coup qu'ils seront ressaisis par l'enfant et viendront colorer son appréhension du monde « phallique ».

4. Autoérotisme et couple exhibition/voyeurisme

4.1. Développement de l'autoérotisme

Avec l'analité et l'organisation phallique, l'enfant a commencé un vaste mouvement d'exploration et d'appropriation de son corps et du monde. Cette appropriation passe par le développement de formes autoérotiques dans lesquelles, comme nous l'avions antérieurement indiqué à la suite de Freud, ce que l'on se donne, ce que l'on s'approprie, est vécu comme « repris à l'objet ». L'onanisme infantile sera donc toujours plus ou moins menacé des « représailles » potentielles de l'objet, en rétorsion, fantasmatique ou effective, de cette appropriation subjective et du fantasme qui accompagne l'autoérotisme, et de tous les enjeux subjectifs et intersubjectifs qu'il draine et charrie dans son mouvement.

Il y a en effet une certaine ambiguïté dans le concept d'autoérotisme, dans l'utilisation que la psychanalyse peut en faire, liée à la complexité des dimensions qu'il implique quand on cherche à en saisir le sens au-delà des apparences. Bien sûr, en premier lieu l'autoérotisme désigne les activités onanistiques de l'enfant, la forme que prend la sexualité infantile, c'est-à-dire une activité fondamentalement organisée par le plaisir qu'il procure et son articulation avec l'activité d'autoconservation qui l'accompagne ou le sous-tend. Au moment de la phase phallique-urétrale, l'autoérotisme est en effet souvent associé, par les parents mais aussi par l'enfant lui-même, aux activités de miction. Les excitations liées au « besoin » physiologique se mêlent et s'intriquent aux excitations liées au mouvement pulsionnel lui-même, et ce dans les deux sens. Le besoin physiologique est « coexcité » libidinalement, il mobilise des zones corporelles qui sont des zones érogènes et qui, comme telles, procurent des sensations érotiques. Mais, inversement, le trop d'excitation pulsionnelle va tenter de se décharger par l'entremise de la miction. Comme si le jet d'urine « évacuait » ou tentait d'évacuer du même coup l'excitation pulsionnelle. C'est le propre de la sexualité infantile que de mêler l'autoconservation et l'activité pulsionnelle, et d'utiliser celle-ci pour tenter de traiter celle-là.

Mais l'onanisme de l'enfant n'est pas lié qu'aux activités liées à l'autoconservation ; il s'accompagne aussi d'une activité imaginaire, fantasmatique, qui met en scène, en représentation, les processus d'exploration et d'appropriation en cours. L'autoérotisme n'a en effet pas qu'une simple fonction d'obtention de « plaisir », même si cette dimension est toujours, aussi, présente et rend possibles les autres. Quand il évoque les enjeux des autoérotismes et, d'une manière plus générale, de la sexualité infantile, Freud souligne une dimension qui lui est essentielle : la curiosité. Les auteurs post-freudiens ont bien étayé cette hypothèse première de Freud en décrivant la valeur « exploratoire » de l'activité sexuelle infantile, dans laquelle l'enfant cherche à comprendre les grands mystères auxquels il est confronté dans son rapport au monde et à lui-même. La sexualité infantile est « épistémophillique », mais elle est aussi « vérificatrice », elle joue un rôle important dans la régulation de l'angoisse. Cette exploration se charge, en effet, d'excitations autant liées à l'attrait de la découverte qu'à l'angoisse qui accompagne celle-ci. La capacité d'obtenir du plaisir, de « vérifier » que celui-ci n'a pas disparu, qu'il n'y a pas de représailles ou de perte, qu'il peut avoir et « emporter » la source de plaisir avec lui, est également tout à fait essentielle pour que l'enfant se permette d'explorer le monde et de

donner libre cours à sa curiosité, en se « rassurant » sur les angoisses qui sont mobilisées. Avec une zone corporelle ainsi investie de pouvoir phallique « magique », il peut commencer à s'aventurer loin de ses bases, commencer à affronter le monde étranger, aller à l'école. Entre l'utilisation du langage qu'il développe de plus en plus et lui permet de communiquer avec les étrangers de même langue, et le caractère « portatif » de sa source de plaisir, l'enfant est « paré », se croit « paré ».

Exploration, appropriation, vérification sont ainsi intriquées dans l'autoérotisme et les activités sexuelles de l'enfant. Elles s'étayent sur celles-ci, et, à partir de cet étayage, elles fournissent un appui à toute une série de fonctionnements.

Nous avons vu que la motricité et la musculature prenaient une place centrale dans l'organisation anale et ses modalités spécifiques d'appropriation. Au moment de l'organisation phallique-urétrale, c'est surtout à partir du regard, et donc, souvent, au-delà de l'interdit du touché qui structure l'analité, que cette problématique va se déployer.

4.2. Organisation phallique et voyeurisme/exhibitionnisme

Si le couple central de l'organisation de la conflictualité de l'analité est, comme nous l'avons vu, le couple actif/passif, le couple central de l'organisation phallique est le couple voyeuriste/exhibitionniste. C'est par le biais du regard, de ce qui est « montré » ou « caché », c'est dans la quête de ce que l'on peut voir ou ne pas voir, que vérification, exploration et appropriation vont tenter de s'effectuer. Passivité et activité sont encore présentes, mais le déplacement d'investissement de la main vers l'œil et le regard permet à l'enfant de « prendre » les objets sans les toucher, et donc de manière plus économique et plus globale.

Cette exploration, cette curiosité, va bien sûr s'exprimer, de manière directe, pour tout ce qui concerne la zone génitale, objet de nombreuses investigations de l'enfant phallique, de jeux de caché-montré. Les jeux sexuels infantiles se développent, sous la forme cachée du jeu du docteur ou sous des formes plus directes ; ce sont des jeux d'exploration des zones corporelles du sexe, du sexe de soi, du sexe de l'autre, du sexe de soi dans le regard de l'autre. Accompagnent la mutation en cours l'intérêt pour la chambre des parents et le « secret » de leur commerce intime, les « théories » que l'enfant élabore pour tenter de rendre compte de son expérience propre des exci-

tations et sensations provenant de son corps, mais aussi de ce qui échappe à celle-ci, de ce qu'il perçoit confusément de la sexualité parentale et de ce qui, dans celle-ci, lui est étranger.

L'enfant phallique procède à l'aide du processus de déplacement, qui est fondamental dans son organisation pulsionnelle. Il utilise des « transferts par déplacements », transfert d'investissement, transfert d'intérêt, transfert de questions à partir de ses intérêts pour le sexuel en direction d'investigations multiples autour de l'origine, du pouvoir, des rapports entre l'origine, l'appartenance, le pouvoir, la cause. On sait que cette époque est la grande époque des « pourquoi ? », des « comment ? » de toute chose investie. Le sexuel phallique, et l'intérêt qu'il mobilise chez l'enfant, colore toutes ces questions de sa forme propre, les « centre » autour de l'axe qu'il constitue.

Si le « phallus » représente, en effet, l'objet dont on attend la « solution » face aux difficultés de l'état de petit d'homme, les questions de l'enfant vont alors tourner autour du fait de l'avoir (« est-ce que je l'ai, je l'ai encore, toujours », « puis-je le perdre ? »), du fait de savoir si on peut le lui prendre, du fait de savoir si chacun en a un (« maman, as-tu aussi un fait pipi » demande le petit Hans à sa mère [Freud, 1909a]) et donc si le sien est menacé par l'envie des autres, du fait de savoir si chacun a le même et, sinon, d'où viennent les différences. Ces questions peuvent se formuler directement autour du sexe lui-même, ou être déplacées autour de tel ou tel objet, de l'occupation de telle ou telle place, de tel ou tel mot. Les mots ont-ils un sexe, un genre ? Ils sont féminins, masculins eux aussi.

Mais l'enfant phallique ne questionne pas seulement le monde à partir de son désir de voir, à partir de sa curiosité exprimée à partir du regard ou de la formulation de ses questions et intérêts. Il interroge aussi à partir de sa manière de « montrer », de « se » montrer, à partir du regard de l'autre, d'une interrogation sur la réaction de l'autre, la réponse de l'autre, à ses exhibitions et ses démonstrations. Se montrer, faire en sorte que l'autre, l'autre significatif – la mère, le père – regarde ce qu'il produit, la dernière conquête de sa motricité, de son intégration subjective, n'est pas qu'affirmation fière de soi. Quand les enfants phalliques montrent, ils interrogent l'autre à partir de cette exhibition, questionnent le regard de l'autre, cherchent à se réfléchir dans le regard de l'autre, par le regard de l'autre. L'exhibition n'est pas qu'assertive, c'est toujours aussi une forme de question, laquelle puise dans la réaction de l'autre matière à réponse. Si l'exhibition contient une forme de : « Regarde, je l'ai, j'en suis fier, je suis "phallique", complet », c'est avec une question, l'attente d'une con-

firmation, d'une reconnaissance, d'une accréditation. L'enfant phallique dépend du regard de ses parents ; c'est de celui-ci qu'il attend fierté ou qu'il redoute rejet et honte, menace de « castration ».

5. La différence des sexes

Si l'enfant phallique s'inscrit dans l'ambition de reconquérir le « tout » primaire perdu ou auquel il a dû renoncer, il est sans cesse en même temps menacé par la différence, par les manifestations de celle-ci, qui viennent témoigner, en quelque sorte, de l'échec de la réalisation du « tout ».

Une différence menace en particulier son ambition intégrative, c'est celle qui affecte le sexe et le sexuel. Commençons par la question de la différence des sexes. La différence du sexuel, dans le sexuel, nous entraînera ensuite vers la question de la crise œdipienne.

L'enfant n'attend pas l'organisation phallique de la libido pour découvrir la différence des sexes, mais celle-là va modifier le sens de celle-ci.

Pendant l'analité, la différence des sexes est souvent perçue ; un petit frère ou une petite sœur est né, et l'enfant peut observer certains soins qui lui font découvrir les différences dans l'anatomie. À cet âge-là, les occasions ne manquent pas de percevoir l'existence d'une différence, et celle-ci est déjà significative. Mais cette différence n'est pas trop menaçante, elle est prise dans le vaste système de consolation de l'analité. « Ça poussera plus tard » : telle semble être la première des « solutions » trouvées par l'enfant. Le problème n'est perçu que comme un problème transitoire, la différence n'est pas perçue dans son caractère radical, elle est conjoncturelle.

En revanche, lorsque la réorganisation phallique commence à produire ses effets, elle conduit l'enfant à reprendre progressivement le problème et à lui trouver d'autres solutions, qui seront élaborées à partir de ce qui domine son organisation pulsionnelle du moment. Si la « partie » sexe représente le « tout », l'idéal, tout ce qui va affecter cette partie va prendre une importance fondamentale, organisatrice.

Il est classique de souligner que la première « solution » élaborée par l'enfant reconnaît et méconnaît l'existence d'une différence des sexes : c'est la « théorie de la castration ». La différence qui affecte le sexe féminin résulte d'une coupure, d'une « castration » subie en punition de l'onanisme et des plaisirs phalliques, ou de représailles pour la tentative de réalisation de quelque désir interdit. Si « le narcissisme secondaire est repris à l'objet », comme le souligne Freud, alors la conquête phallique est aussi « reprise » à l'objet ; la posses-

sion du phallus doit « déposséder » l'objet, le père, la mère, de son propre « phallus ». L'objet peut « reprendre » à son tour ce qui lui a ainsi été dérobé, exercer des représailles sur l'enfant et son intégrité corporelle, le « castrer ».

Ainsi la différence « perceptive » est-elle bien reconnue, mais la manière dont elle est signifiée méconnaît l'existence de deux sexes différents. Il n'y a qu'un seul sexe, l'autre sexe n'est qu'une forme amoindrie du premier, une forme amputée. La différence n'est pas générique, elle est conjoncturelle ; elle peut affecter telle ou telle personne, et pas telle ou telle autre. Ainsi est-il souvent remarqué que, souvent, la mère échappe à cette « réduction » par la théorie de la castration. Les autres femmes sont « châtrées », mais la mère reste intègre, elle est « phallique ».

La théorie de la castration a donné lieu à beaucoup de controverses dans le monde de la clinique psychanalytique, certains contestant qu'elle ait le caractère d'universalité que Freud lui avait conféré, d'autres soulignant que « la figure de la mère phallique » n'apparaît pas dans toutes les analyses. Je ne souhaite pas trancher dans ces débats, et me contenterai de remarquer que la « théorie de la castration » apparaît tout de même dans de nombreux matériels cliniques et paraît avoir une particulière pertinence. Il me semble, en revanche, que si la « théorie de la castration » présente un caractère suffisamment constant dans la clinique pour que l'idée de lui donner une valeur universelle ne soit pas rejetée, elle se présente dans la clinique avec suffisamment de variations pour que l'on puisse penser que son rôle dépend aussi étroitement des aléas et conjonctures individuelles, du défilé singulier de l'histoire de chacun. Sans doute le minimum sur lequel on pourrait mettre une majorité de cliniciens d'accord serait-il d'avancer que tous les enfants rencontrent la question de la limite au sein de l'organisation phallique, et que celle-ci tend à s'exprimer à partir du constat de la différence des sexes sous la forme d'une représentation de la castration.

L'existence et le constat de la différence de sexes « disent » à l'enfant, garçon ou fille, la limite de son projet phallique. Ils disent que l'on ne peut avoir les deux sexes, que l'on ne peut être « tout » garçon et fille, et que chaque sexe a son destin propre. C'est-à-dire que la différence des sexes vient « castrer » le projet phallique d'un objet représentant le « tout », de la possible réalisation de l'idéal du « tout ». C'est pourquoi elle mobilise une angoisse particulière, « l'angoisse de castration », qui concerne l'angoisse de ne pouvoir réaliser l'idéal du tout, qui signale à l'enfant la nécessité de renoncer à l'idéal phallique.

On ne peut avoir « tout » tout seul. Il faut se mettre à deux pour réaliser ce projet, pour faire des bébés, pour se reproduire soi-même, se réfléchir dans un projet d'enfant, de double de soi, d'autre soi-même ; il faut se mettre en couple, « se marier ». Le projet phallique, qui est un projet « solitaire », un projet narcissique-phallique, va donc rencontrer un projet d'union avec l'autre, un projet de couple, ce qui va nous placer au cœur de la crise œdipienne, problématique suffisamment importante pour que nous lui consacrions un développement propre.

Chapitre 9
Œdipe et crise œdipienne

Va maintenant être abordée la question de ce que l'on appelle le « complexe d'Œdipe » et qui sera ici plus simplement nommée l'Œdipe. Si j'évoque l'Œdipe maintenant, ce n'est pas parce qu'il apparaît au moment de l'organisation phallique de la pulsion, mais parce que c'est à ce moment-là qu'il rentre en crise dans la vie de l'enfant, et donc qu'il devient une structure organisatrice manifeste des échanges de celui-ci au sein de l'univers familial. Avant de décrire en détail comment la crise va se mettre en place, il me faut dire quelques mots de la pluralité de sens et de conceptions que le terme d'Œdipe recouvre.

1. Définitions

1.1. Œdipe structurel

Ce que l'on pourrait appeler « l'Œdipe structurel » résulte du fait que le sujet humain doit construire son identité en fonction du fait qu'il est fils ou fille de père et mère, qu'il est né de la rencontre sexuée entre ses deux parents et qu'il va devoir construire son identité en fonction de cette donnée fondamentale. La structure œdipienne articule la question de la différence des sexes et la question de la différence des générations ; l'identité se forge au croisement, au chiasme des deux, dans l'articulation de ces deux différences. En ce sens, l'Œdipe est toujours là : nul n'y échappe parce qu'il est inhérent à la structure même du sujet humain que d'être confronté à la nécessité, pour construire son identité, de se situer par rapport à la question de la différence des sexes et des générations qui est à son origine.

Cependant, cette matrice du sens et de l'identité, si elle est présente dès la naissance, va, à un moment donné, être mise en crise par l'enfant, c'est-à-dire que le processus de son développement va rencontrer l'acuité de cette question au sein de la trame des relations du

quotidien. Autrement dit, cette question, potentiellement toujours là, va devenir actuelle, va passer sur le devant de la scène au sein des relations familiales et du monde interne de l'enfant ; celui-ci va devoir la traiter, l'organiser et s'organiser au sein de cette question. Lorsque la structure œdipienne est mise en crise, c'est-à-dire lorsque l'enfant se confronte de manière frontale à la question de la différence des sexes et à celle de la différence des générations, se produit ce que nous pouvons appeler la « crise œdipienne ». La question de l'identité, sexuée et située dans les générations, devient centrale dans le processus de développement : elle était déjà là, mais elle était là de manière latente, potentielle ; au moment de la crise, elle passe au centre de l'ensemble des échanges.

1.2. Crise œdipienne

La crise œdipienne n'est pas, comme on peut le dire trop rapidement, une crise « soluble », et la formule qu'utilise Freud, celle de la « dissolution du complexe d'Œdipe », de ce point de vue, présente une certaine ambiguïté. Si l'enfant va bien devoir trouver des « solutions » à la crise, cela ne signifie pas pour autant que l'Œdipe va se « dissoudre », c'est-à-dire disparaître. L'enfant va devoir s'organiser dans la crise et organiser la crise, plus que « dissoudre » le complexe. Il va dissoudre l'Œdipe en tant que crise, mais pas en tant que matrice de l'identité et du sens. Par la suite, à certains moments de la vie – à l'adolescence, dans les crises de couple, des crises du milieu de la vie ou certaines crises significatives de la suite du développement –, il peut y avoir une « remise en crise » de l'Œdipe. Ces nouvelles crises ne se produiront pas exactement sur le même modèle que la crise infantile, pas avec les mêmes objets, mais elles verront revenir au centre des vécus et des états émotionnels du sujet les paramètres principaux de la crise œdipienne première, et elles le conduiront à des transformations de ses modes d'organisation.

1.3. Organisation œdipienne

L'organisation œdipienne désigne la manière dont l'enfant puis l'adulte vont s'organiser pour tenter de traiter la crise et sa conflictualité, qui sont la crise et la conflictualité mêmes de l'identité humaine.

Mais certains sujets se sont arrêtés dans leur développement, de telle sorte qu'ils n'arrivent pas véritablement à ce que l'Œdipe se mette en crise. Si la crise de l'Œdipe est une crise de la différence des sexes et de la différence des générations, certains sujets restent « coincés » préalablement au niveau de la crise de l'organisation de

la différence entre le moi et le non-moi. Ils n'arrivent pas à dépasser cette première forme de différenciation et donc à intégrer véritablement les formes complexes de la différence des sexes et des générations, ou plutôt, celles-ci ne sont appréhendées que sur le fond de la différence moi/non-moi. Pour définir ces modes d'organisation, P.-C. Racamier a proposé les termes de structure ou de fonctionnement « anté-œdipien », c'est-à-dire qui sont organisés sur un modèle qui précède l'organisation de la crise œdipienne ; « anté » signifie à ce moment-là antérieur, précédent.

Par ailleurs, certains sujets rencontrent la mise en crise de l'Œdipe, mais aboutissent à une sorte d'impasse, c'est-à-dire qu'ils n'arrivent pas à s'organiser dans cette crise et n'arrivent pas à organiser la crise œdipienne, qui prend alors un caractère traumatique. Ces sujets, qui avaient donc commencé à rencontrer et à vivre la crise œdipienne, butent sur leur incapacité à traiter celle-ci, et sont conduits à se structurer de manière « anti-œdipienne », c'est-à-dire qu'ils ne parviennent pas à structurer la crise mais tendent à se structurer contre la crise et organisent leur vie psychique de façon à ne pas rencontrer celle-ci, à éviter ce qui la concerne ou peut la rappeler, les questions qu'elle leur pose.

Reprenons ces différents points en détail.

2. Structure, crise, organisation œdipiennes

2.1. Préhistoire de la crise œdipienne

J'ai commencé par signaler que l'Œdipe est toujours là, qu'il est là dès l'origine de l'enfant, et que la vie de celui-ci se déroule sur cette toile de fond. Il y a une sorte de « préhistoire de la crise œdipienne », qui commence bien avant la naissance de l'enfant. Elle commence au moment où le couple se constitue, où le couple parental, ou futur parental, se constitue et se construit, où il commence à organiser un projet d'enfant. Il n'y a pas de couple qui peut se construire sans se situer en rapport avec un type de projet d'enfant, que celui-ci soit conscient ou inconscient. Un couple qui a un projet de vie commune opère toute une série de transactions entre les deux partenaires, pour parties conscientes, pour parties inconscientes, à partir desquelles, petit à petit, une certaine représentation de l'enfant à venir va s'organiser ; cette représentation a été nommée « enfant imaginaire ».

La représentation de l'enfant imaginaire s'est structurée en fonction de certains traits de la mère et de ses particularités psychiques, de certains de traits du père, mais aussi de certains traits afférant aux

conditions de la rencontre du futur père et de la future mère, à leur relation, et aux modèles du couple qu'ils ont forgés suivant leurs propres parents, couple parental, etc. Cette représentation de l'enfant est marquée du sceau de la différence des générations – le couple pense sa reproduction –, mais elle est aussi marquée au niveau de la différence des sexes, puisque ce qui constitue ce couple comme couple est principalement l'existence de leur sexualité.

2.2. Préhistoire du complexe d'Œdipe et Œdipe précoce

Dès le moment de la naissance de l'enfant, et dans l'ensemble des interactions qui vont s'établir autour de son berceau, de sa venue, de l'organisation de la vie familiale et de la place que celle-ci lui confère, à partir donc des soins qui vont lui être prodigués, des modes de communication qui vont s'établir avec lui, l'enfant est confronté, même s'il n'en a aucune connaissance véritable, à l'organisation œdipienne de ses parents. Cet ensemble produit une forme de préhistoire de son futur « complexe d'Œdipe ». On ne traite pas de la même manière un bébé garçon et un bébé fille, suivant le type de relation de couple qui s'est instauré. Cette position parentale est souvent désignée comme « contre-Œdipe » ; elle représente la « réponse » que les parents vont apporter au mouvement œdipien de l'enfant : le « contre-Œdipe » précède en quelque sorte l'Œdipe.

L'Œdipe est donc déjà là d'emblée, il produit des signes, influence les messages et les échanges. Mais ces données, avec lesquelles l'enfant va être conduit à se structurer, ne sont pas appropriables à cette époque-là, ne sont pas saisissables d'emblée par lui pour ce qu'elles sont. Le bébé reçoit un certain nombre de signaux qui sont émis en fonction de la complexité de la psyché parentale, mais il ne peut pas les recevoir au niveau de complexité qui est celui de l'émission du message ; il ne peut pas encore leur donner le sens « œdipien » qu'ils ont déjà cependant. Petit à petit, les messages qu'il a ainsi reçus, les interactions dans lesquelles il a commencé à se constituer, vont prendre sens et venir préparer puis alimenter sa propre crise œdipienne.

L'existence du père est conçue relativement tôt dans l'enfance, et la place qu'il occupe auprès de la mère définit une première configuration qui a été appelée par certains auteurs « Œdipe précoce ». Celui-ci se développe autour du 8[e] mois, c'est-à-dire au moment où l'enfant commence à pouvoir percevoir et concevoir des différences significatives entre ses parents. Sans entrer dans les détails, je veux simplement rappeler ici que la question de la différence du père et de la mère est pressentie assez tôt pour l'enfant et que la question de la

relation qu'ils entretiennent entre eux est, elle aussi, déjà là sous une certaine forme dès la première année de vie. La mère, objet-double de l'enfant et premier objet, désigne le père, le premier objet autre-différent, par la qualité d'émoi particulier qu'elle ressent et transmet à l'enfant en présence du père. C'est ainsi, plus encore que de toute autre manière, qu'elle « présente » le père et introduit l'enfant au « plaisir de la différence » qui va caractériser la fonction paternelle.

2.3. Au moment de l'organisation anale

Bien sûr ensuite, au moment de l'organisation de l'analité, les choses continuent d'évoluer. J'ai évoqué dans les chapitres précédents comment l'enfant, au moment de l'organisation anale de la pulsion, traitait la question de la différence des sexes sur le modèle des « solutions » de l'enfant anal, c'est-à-dire celui de la consolation par le différé : le pénis manquant poussera plus tard. La différence n'est alors pas une vraie différence, définitive, elle n'est qu'une différence momentanée. Il en va de même de la différence des générations que l'enfant va traiter, toutes les fois qu'il en rencontre la question et grâce aux processus de retournement dominants au moment de l'analité, comme une forme de la différence grand/petit. Les « grands » ont des droits que les « petits » n'ont pas. L'enfant se console des blessures que cette situation lui inflige par un projet de revanche ultérieure, pour le moment où ils « seront grands et les parents petits », où ils « seront parents et que leurs parents seront leurs enfants ». Les différences, qu'il s'agisse de la différence des sexes ou de la différence des générations, ne mettent pas le sujet en crise pour une raison simple : pour lui, elles sont réversibles. Dans la mesure où il y a réversibilité, la situation ne le confronte pas à la radicalité de cette différence et il peut s'en consoler d'une manière ou d'une autre grâce aux systèmes consolateurs dominants de l'analité. Je n'insiste pas plus, nous avons déjà évoqué tout cela.

2.4. Au moment de l'organisation phallique

Les choses en vont différemment lors de l'organisation phallique de la pulsion et de la libido. Dans le chapitre précédent, j'ai souligné que ce qui met cette organisation en difficulté, c'est le constat non seulement de la différence des sexes, mais aussi du caractère irréversible de cette différence, et ce pour des raisons qui ont trait à l'organisation dominante au moment de l'organisation phallique, c'est-à-dire une organisation qui ne se veut plus temporaire comme celle de l'analité, mais au contraire permanente. Cette permanence rejaillit

en quelque sorte sur les « solutions » de l'enfant, qui découvre petit à petit que la différence des sexes n'est pas transitoire, que « ça ne poussera pas plus tard », que « ça ne se retournera pas vraiment » : la différence commence à être maintenant perçue comme définitive. Le fait que la différence soit perçue comme définitive va mettre en crise la « solution » anale.

Il en va de même au niveau de la différence des générations. Au moment de l'organisation phallique de la pulsion, l'enfant va découvrir, petit à petit, que le projet de devenir un jour « le père de son père » ou « la mère de sa mère » ne sera jamais réalisé. Il va découvrir, petit à petit, qu'il a là une différence irréversible et qu'on ne devient pas le parent de ses propres parents. Cette radicalité de la différence, cette radicalisation de la différence dans la position des générations, va provoquer la mise en crise de l'Œdipe, en crise aiguë : les solutions antérieures de consolation ne marchent plus.

3. L'objet couple

Si donc on ne peut pas être garçon ou fille à la fois, garçon maintenant, fille plus tard, fille maintenant, garçon plus tard, si on ne peut pas être parent et enfant à la fois, l'idéal premier, celui du « tout », est alors battu en brèche. L'enfant découvre à ce moment-là qu'il n'y a pas moyen d'être tout, tout seul. On ne peut pas être garçon et fille, on ne peut pas être parent et enfant, on ne peut pas réaliser l'idéal, il faut renoncer à celui-ci, ou trouver un autre moyen de l'accomplir, un autre moyen compatible avec la réalité nouvellement perçue et reconnue.

Il semble que le « moyen » mis alors en œuvre, la principale « solution » qui se propose à l'enfant est de « faire couple », de se mettre à deux pour tenter de retrouver l'idéal perdu. Si, quand on est seul, on ne peut trouver de solution, en se mettant à deux, en « faisant couple » avec l'un des deux parents, en constituant le phallus comme symbole d'union des deux, symbole d'union d'un couple, alors une solution aux impasses du solipsisme du narcissisme infantile se profile. La figure du couple alors investie hérite sans doute des traces de la première dyade constituée avec la mère, mais elle reprend celles-ci en leur donnant un sens nouveau au sein de l'organisation phallique de la vie pulsionnelle.

La crise œdipienne sera une crise de la confrontation à la question du couple, au désir de « faire » couple avec l'un ou l'autre des deux parents, de trouver donc ainsi une solution aux impasses de la quête idéale première, mais ce sera aussi une crise de la confrontation à la réalité du couple sexué des parents.

Je proposerais donc volontiers de penser que l'enfant phallique constitue le couple, le « faire couple » comme nouvel « objet idéal », comme nouvelle forme de l'idéal premier, et qu'il constitue alors la représentation du phallus comme objet qui rend possible l'union du couple, comme étant ce qui permet de constituer cet objet idéal. Bien sûr, ce « couple » hérite largement de l'histoire des relations à deux que l'enfant a pu construire depuis le début de sa vie, mais l'organisation phallique lui confère un sens nouveau, un sens différent.

Le couple référentiel, le premier couple que l'enfant rencontre, est évidemment celui de ses parents, et c'est bien sûr aussi autour de celui-ci que l'enfant va tenter de se structurer, qu'il va venir jouer ses propres cartes. Si l'on peut penser que l'enfant pressent largement l'existence d'une sexualité parentale qui échappe à son observation, celle-ci va surtout être appréhendée par lui à partir des signes manifestes, « emblématiques », de son existence dans la relation qui unit ses deux parents. Or, si l'enfant a bien une certaine connaissance de la sexualité, celle qui lui est donnée par ses propres émois et conceptions, certaines caractéristiques de la sexualité adulte lui échappent, en particulier tout ce qui est en lien avec l'éprouvé qui caractérise la sexualité adulte mais qui manque à celle de l'enfant, l'éprouvé orgasmique, la décharge « sexuelle » et spécifiquement sexuelle. J. Laplanche a souligné l'importance du fait que la sexualité parentale présente des aspects énigmatiques pour l'enfant, et même que sa similitude et sa différence avec la sexualité infantile étaient une source de confusion, de « confusion des langues » comme aimait à l'écrire S. Ferenczi. Si ce caractère énigmatique présente des aspects excitants pour l'enfant, il lui fait aussi vivre un sentiment d'exclusion ; ces aspects seront les cibles privilégiées de ses conflits et luttes, mais aussi de ses efforts élaboratifs : il va être poussé à développer à la fois et alternativement aussi bien des stratégies relationnelles et interactionnelles que des stratégies symboliques et fantasmatiques.

4. Stratégies relationnelles face au couple parental

Les stratégies relationnelles face au couple parental sont des stratégies comportementales et interactives dont l'enjeu essentiel est d'« exclure l'exclusion », d'exclure la menace d'exclusion de l'enfant, son « sentiment » d'exclusion.

Une première « solution » trouvée et mise en œuvre par l'enfant aux prises avec la crise œdipienne est d'essayer de se placer et de se tenir « au centre » du couple parental. Il y a deux centres, deux manières de se placer au centre.

- Tout d'abord, l'enfant peut occuper le centre du couple en « rassemblant » celui-ci autour de soi, par exemple, en allant se placer au centre du lit parental le dimanche matin, ou en cherchant à avoir les deux parents rassemblés autour de son lit d'enfant le soir, au couché, ou encore en tenant l'attention des deux parents centrée sur soi. Ici, le centre est un centre « positif », si je puis dire ; l'enfant « trône » encore au centre de l'attention amoureuse, il est le centre du couple et, ainsi, le couple n'est pas menaçant.
- Quand le couple parental menace de l'exclure, l'enfant peut être tenté de mettre en œuvre des stratégies plus « négatives ». Il devient « insupportable » et tente d'empêcher tout rapprocher parental. À table, il multiplie les « bêtises », fait du bruit, refuse de manger, n'a ne cesse que d'attirer l'attention des parents vers lui, et de la détourner de l'un vers l'autre.

Dans les premières situations que nous venons d'évoquer, les parents restent ensemble et en couple, et l'enfant se contente de centrer l'attention vers lui, que ce soit pour une bonne ou une mauvaise cause, que ce soit pour les rassembler « avec » lui ou « contre » lui. Si l'enfant ne peut pas être au centre de l'union des parents, il peut encore tenter d'attaquer celle-ci, de produire des querelles, des conflits, de gâcher le plaisir de ceux-ci, quitte à y laisser lui-même quelques plumes au passage.

Une autre stratégie « d'attaque » du couple parental, souvent moins manifeste mais tout aussi active, est de tenter de « faire couple » avec l'un des deux parents et d'exclure l'autre du couple ainsi formé. C'est alors à l'autre des parents d'avoir à vivre et endurer l'exclusion. L'enfant prend néanmoins alors le risque de représailles contre ses tentatives, de représailles actives, mais, surtout, il encourt le risque de « perdre » le parent qu'il cherche à exclure, de perdre son amour : il n'aura pas « tout », de toute façon.

La vie familiale des époques de crise œdipienne montre souvent un mélange, en quantité variable selon les familles et les prévalences de celles-ci, de chacune des « solutions » ainsi mises en pratique. Il est sûrement important que les différentes « stratégies » puissent être essayées et « jouées » par l'enfant, qu'il puisse expérimenter les différentes « positions » subjectives qu'elles impliquent et donnent à vivre. Mais il est non moins important pour son développement que celles-ci ne « marchent » pas trop, qu'elles trouvent une limite dans le fait que le couple parental « survive » aux tentatives de l'enfant de le dissoudre ou de l'organiser à son seul profit. Un divorce, une séparation, trop de conflits aigus entre les parents donnent à l'enfant l'impression que ses stratégies ont réussi, que ce qui se produit au sein de l'univers

familial est l'effet de ses désirs, et ceux-ci deviennent potentiellement dangereux dans la mesure où la « réalité » du couple parental semble ne pas leur « survivre », comme si rien ne venait s'opposer à la réalisation quasi magique des désirs, comme s'ils étaient tout-puissants.

Que les solutions marchent un peu, suffisamment, et l'enfant prend confiance en ses capacités de séduction, en sa capacité à se faire une place dans la famille. Qu'elles marchent trop, et il est menacé par son succès : menacé d'une confusion entre les générations, entre ce qui doit rester de l'ordre de la simple représentation et ce qui peut être mis en acte, menacé de désorganisation psychique.

Il est donc nécessaire que le « jeu » œdipien, jeu qui peut bien sûr prendre parfois une allure passionnelle, soit contenu et limité par un ensemble d'interdits parentaux, qui portent et soutiennent la reconnaissance des différences fondatrices de l'identité humaine : différence des sexes, différence des générations et différence entre la sexualité infantile et la sexualité adulte. Toute contravention à l'une ou l'autre de ces différences produit un effet d'« abus » potentiellement désorganisateur et risquant de provoquer un surcroît de répression, de refoulement protecteur ou, à l'inverse, une excroissance narcissique qui entrave la maturation psychique.

5. Stratégies imaginaires et symboliques face au couple parental

5.1. Solutions intrapsychiques, jeux et développement de l'imaginaire

Quand les interdits parentaux sont suffisamment structurants, quand les abus sont suffisamment restreints (sont-ils jamais totalement évitables ?), l'enfant va devoir métaphoriser ce qu'il ne peut accomplir, va devoir trouver des moyens proprement psychiques pour accomplir les désirs qui ne peuvent s'accomplir en acte, et va devoir inventer des « solutions » intrapsychiques à ce qui est en impasse pour lui dans la vie relationnelle familiale.

Les « solutions » intrapsychiques reposent toutes sur un processus identificatoire par lequel l'enfant va chercher à être ou obtenir « symboliquement » ce qu'il ne peut être ou obtenir effectivement. Les solutions « symboliques » reposent toutes sur un processus dont nous avons vu l'importance dans l'organisation progressive de la libido et de la vie pulsionnelle : une partie « symbolise » ou « représente » la totalité. Là encore, on peut prendre le jeu des enfants comme exemple de cette utilisation de la représentation symbolique pour « être » ce

qu'on ne peut effectivement être. On pense bien sûr au fameux jeu de « papa maman », dans lequel l'enfant se représente en couple, et « mime » dans le jeu l'un ou l'autre des personnages du couple parental. Mais la plupart des jeux de cette époque sont des dérivés plus ou moins lointains et déguisés de la manière dont l'enfant « joue » à être ou à occuper la place de l'un ou l'autre de ses parents ou des personnages significatifs de sa vie.

Les « jeux » peuvent aussi prendre leur essor dans l'imaginaire de l'enfant, dans la formation de fantasmes avec lesquels il traduit son expérience subjective ou l'expérience du manque. On représente ou l'on joue ce qu'on a, on le représente et le joue pour l'intégrer, mais on représente aussi ce qu'on n'a pas, on le joue pour l'avoir tout de même ainsi un peu. On se représente fantasmatiquement comme auteur de ce que l'on ne peut accomplir, comme sujet ou objet des désirs qui nous traversent, ou auxquels la vie nous confronte.

Le principe du développement de l'imaginaire de l'enfant pourrait s'énoncer ainsi : inventer l'inconnu, l'inexpérimenté, à partir du connu et de l'expérience propre.

Le connu, ce peut être d'abord le connu de soi, l'expérience de soi, de son corps propre, de ses zones de plaisir éprouvées, de sa propre organisation pulsionnelle. Ainsi le « sexuel » parental sera-t-il « exploré » en fantasme à partir de l'expérience des plaisirs infantiles, à partir des coordonnées de la sexualité infantile.

Mais le connu, ce peut être aussi le connu de l'autre, le manifeste de celui-ci, ce qu'il montre. Ainsi les fantasmes et représentations imaginaires que l'enfant peut se former à propos de la sexualité parentale, celle dont il est exclu, vont-ils souvent emprunter à la vie familiale du couple parental leurs modèles. L'enfant va « sexualiser » les modes de rapports qu'il peut observer, tout autant que la sexualité infantile va servir à « interpréter » ceux-ci. Une scène de dispute entre parents, au moment du repas, pourra alors, par exemple, être « théorisée » par l'enfant comme une scène de dévoration, dans laquelle l'un des deux parents va « bouffer » l'autre ou le mordre... Les rapports de force qui transparaissent aussi dans la vie familiale peuvent être « traduits » en termes de domination ou de soumission, d'activité ou de passivité « anales ».

5.2. « Théories sexuelles infantiles » (Freud)

C'est ici l'occasion d'évoquer la question de ce que Freud a appelé les « théories sexuelles infantiles ». Comme nous l'avons évoqué à différentes reprises dans les pages qui précèdent, tout au long de son pro-

cessus de développement, l'enfant se doit de donner sens à son expérience subjective ; il se doit de lui donner sens pour l'intégrer dans la trame de son « moi » et de sa subjectivité. Le « sens » que l'enfant construit dépend de ce qu'il éprouve, du plaisir et du déplaisir qu'il ressent, des formes et nuances de ceux-ci, des conflits que ceux-ci activent, c'est-à-dire des caractéristiques de l'expérience subjective telles qu'elles sont investies par l'enfant en fonction de son organisation pulsionnelle dominante du moment. Cette activité signifiante est donc un mixte entre les données de l'événement lui-même et celles de la manière dont le moi de l'enfant organise sa vie pulsionnelle, c'est-à-dire dont il « théorise » les différents aspects du monde, en fonction des dominantes de sa vie pulsionnelle. C'est cette activité de « théorisation » que Freud nomme « théorie sexuelle infantile ». L'activité de théorisation de l'enfant concerne donc bien sûr en premier lieu la manière dont l'enfant tente de rendre compte des énigmes de la sexualité, de la sienne et de celle de ses parents, à l'origine de sa présence dans le monde, de ce qu'il connaît de celle-ci à partir de ses manifestations et de ce qu'il en imagine pour ce qu'il ne connaît pas, mais pressent. Elle concerne en fait tous les paramètres importants de sa vie, car les théories sexuelles infantiles sont aussi des théories du plaisir, du déplaisir, de la souffrance, du soin, du moi, du conflit. Il s'agit aussi de théories de la relation que les humains entretiennent entre eux, de « psychologies » à l'usage de l'enfant.

Selon que la dominante de l'organisation pulsionnelle sera orale, anale ou phallique, les « théories sexuelles infantiles » vont ainsi prendre une forme ou une autre, s'organiser selon telle ou telle dominante. Par exemple, la « théorie » de la sexualité parentale, ce que Freud a nommé la « scène primitive » se colorera de manière différente selon que le rôle de la zone urogénitale sera reconnu ou méconnu, chez la femme et chez l'homme, et selon le modèle de la pulsion qui sera plus particulièrement activé. La sexualité parentale sera ainsi « théorisée » comme se déroulant par la bouche, l'anus, la zone urogénitale, avec toutes les composantes et variantes imaginables pour ce *Kama Sutra* infantile. La sexualité adulte « retrouvera » certaines de ces formes dans les plaisirs préliminaires ou dans les variantes personnelles.

Cette dernière remarque m'invite à une incidente concernant la sexualité infantile et son lien avec la « perversion » sexuelle adulte. Freud a fait l'hypothèse d'une « perversion polymorphe de l'enfant », dont la conception s'enracine dans ce « jeu » infantile avec les formes du sexuel, mais il me semble qu'elle ne doit pas être confondue avec la position « perverse » de la sexualité adulte, ni assimilée à une forme

infantile de celle-ci. C'est précisément la polymorphie des formes qui signe le caractère exploratoire de la sexualité infantile, là où la perversion de l'adulte présente plutôt, à l'inverse, la plupart du temps, une fixation de la forme investie. La perversion adulte apparaît plutôt comme une forme cicatricielle de traumatismes ayant affecté le développement de la psychosexualité, là où la sexualité infantile perverse polymorphe témoigne plutôt d'une certaine liberté exploratoire du corps et des différentes zones érogènes qui le marquent et le structurent.

5.3. « Fantasmes originaires » (Freud)

La polymorphie de la sexualité infantile me semble surtout prendre une valeur exploratoire, l'enfant découvre les versions du plaisir, ses formes, et grâce à cette exploration, il s'approprie son corps érogène. C'est aussi à partir de cette exploration que l'enfant va progressivement organiser ce que Freud a nommé les « fantasmes originaires », qui sont appelés à jouer un rôle tout à fait déterminant non seulement dans la sexualité infantile, mais aussi dans la sexualité en général. Quand ils sont suffisamment organisés, nous le verrons, ce sont de véritables « concepts ».

Les fantasmes originaires repérés par Freud sont au nombre de trois ou quatre, selon que l'on inclut dans leur relevé le fantasme du « retour dans le sein maternel ». Les trois fantasmes originaires les plus classiques sont ceux de la « scène primitive », de la « castration » et de la « séduction ».

5.3.1. Fantasme de la « scène primitive »

Le fantasme originaire de la scène primitive, que nous avons évoqué plus haut, met en scène la sexualité parentale : « l'enfant assiste à la scène de sa propre conception », précise même Freud en 1916. C'est le fantasme le plus nodal de la psychosexualité. Il met en scène la théorie que l'enfant produit de sa propre origine et des formes du désir qui ont présidé à sa (pro)création.

5.3.2. Fantasme de la castration

Le fantasme originaire de « castration » met en scène la théorie que l'enfant forge pour expliquer l'origine de la différence des sexes – le sexe féminin est le résultat de la castration du sexe masculin –, castration endurée en punition de la tentative d'accomplissement des désirs œdipiens interdits. Mais, au-delà de cette forme première, le fantasme de castration et l'angoisse qui l'accompagne (angoisse de castration) représentent et « théorisent » la menace qui pèse sur le franchissement des limites.

5.3.3. Fantasme de la séduction

Le fantasme de « séduction » met en scène la question de l'origine du désir. Le sujet se représente « séduit » par un parent, un adulte, un aîné, et représente désir et plaisir éprouvés comme « imposés » par cet autre. Ce fantasme tend donc à « innocenter » le sujet de ses désirs et réalisation de désirs ; il met en scène à la fois la réalisation du désir et « l'innocence du sujet » de celle-ci. Mais j'ai aussi pu souligner comment le fantasme de séduction tentait de mettre en scène la question de l'articulation sexualité infantile-sexualité adulte. La traversée et l'élaboration de ce fantasme sont essentielles pour l'appropriation subjective des désirs et mouvements pulsionnels propres.

Comme nous pouvons le voir, les fantasmes originaires sont des fantasmes qui concernent les origines, celles du sujet, celle du sexe, celle du désir ; ce sont des théories mises en scène, et en acte dans ces scènes, des conceptions infantiles de la sexualité : fantasme signifie ici « représentation ». Les fantasmes originaires tentent de représenter l'origine des choses importantes de la vie et d'abord l'origine de soi, mais ce sont aussi, à celle-ci confondue, des théories des « causes ». Origine et cause sont ici potentiellement confondues. Enfin, car le monde de l'enfance amalgame ces différentes dimensions, ce sont aussi des théories de la « faute » ; à l'origine de, à cause de, désigne alors qui est le « coupable », qui est celui qui peut être « coupé ». Mon expérience clinique m'inviterait même à conférer à ces représentations la valeur de véritables « concepts » inconscients, qui se comportent comme des organisateurs de la vie psychique inconsciente, tel que Freud l'indique bien en 1917 à propos de la castration et du concept de « petit objet détachable ». La vie psychique et la sexualité infantile s'organisent et se condensent dans ces formations fantasmatiques, dans ces « organisateurs » psychiques.

Si l'on doit admettre chez l'enfant une certaine forme de conscience de cette activité fantasmatique, qui transparaît parfois dans les questions des enfants ou dans leurs jeux, leurs rêves, voire leurs symptômes, il est probable qu'une large partie de cette activité reste inconsciente ou qu'elle ne se manifeste que déguisée. Elle est de toute façon en grande partie refoulée ensuite et ne manifeste sa présence que de manière indirecte, mais cela ne l'empêche pas de continuer à influencer assez largement la vie psychique et la sexualité de l'adulte.

Le développement de ces formations imaginaires et symboliques offre à l'enfant la possibilité d'atténuer les restrictions que la vie familiale lui oppose et oppose à ses désirs. Il lui offre aussi des alternatives à la mise en acte de ses aspirations, alternatives lui permettant de leur

donner une place dans la vie psychique et relationnelle, une place « symbolique ».

6. Organisation du surmoi post-œdipien

6.1. Réalisation des désirs

La crise œdipienne se joue dans l'univers relationnel familial. Elle se traite et s'élabore grâce au travail de transformation psychique rendu possible par son déploiement intersubjectif, les limites de celui-ci et ce qui peut être ensuite intériorisé de ce jeu. Elle se traite par la possibilité de représenter ce qu'on ne peut accomplir effectivement, par une issue symbolique aux impasses de la réalisation agie des désirs. On ne renonce pas au désir, on ne renonce pas à atteindre l'idéal, on ne renonce pas à la réalisation des désirs, *on ne renonce qu'à certaines formes de réalisation du désir*.

L'un des axes essentiels du développement de l'enfant va être de découvrir comment, par quels moyens, de quelles façons, sous quelles formes il peut réaliser ses désirs. L'un des axes essentiels du rôle de l'éducation et de la fonction parentale, des interdits qui structurent celle-ci, est de fixer les règles du jeu, c'est-à-dire de délimiter et réglementer les formes de réalisation des désirs. Ces règles vont ensuite s'intérioriser sous la forme de ce que Freud et la psychanalyse à sa suite nomment le surmoi.

L'idéal du moi fixe l'objectif, le but, le vecteur ; le surmoi fixe les voies et moyens pour l'atteindre, fixe les formes par lesquelles le désir peut être « réalisé ».

L'Œdipe apparaît alors comme la mise en crise d'une certaine voie de réalisation des désirs. La crise résulte de l'impasse produite par le désir de réalisation effective des désirs, le désir de réalisation « à l'identique », le désir d'accomplissement « total » du désir, du tout. L'issue ne peut venir que d'un déplacement des formes de réalisation, des formes d'accomplissement, que d'une diversification de celles-ci. Il s'agit de substituer à la réalisation effective les formes de réalisation « symbolique », les formes de réalisation par la représentation et la seule représentation, c'est-à-dire des formes de réalisation « partielles » qui vont s'établir sur le modèle d'une « identité de pensée » et non plus d'une « identité de perception », selon les termes de Freud. L'identité de perception propose un modèle dans lequel on cherche à reproduire une satisfaction passée, ou un désir, « à l'identique » à la perception près. L'identité de pensée, elle, se

contente d'une identité « analogique », c'est-à-dire plus « approximative », une identité « semblable et non semblable », comme le sont les identités « symboliques ». Passer de l'identité de perception à l'identité de pensée suppose donc un renoncement à « l'absolu » de l'identité de perception, au « tout » qu'elle suppose, c'est ce renoncement que la « castration » incarne et symbolise.

L'acceptation de la « castration symbolique », l'acceptation des formes de réalisation « symboliques », représente un mode de compromis essentiel, fondamental, qui permet de ne pas renoncer à la réalisation des désirs, mais seulement de renoncer à certaines formes de réalisation, d'accomplissement.

6.2. Sublimation

L'issue hors de la crise œdipienne surgit de la possibilité de prendre et/ou de « découvrir » la représentation comme nouveau but pulsionnel ; c'est pour moi l'essence de ce qu'on appelle la « sublimation ». L'économie sublimatoire modifie l'économie pulsionnelle, instaure une économie dans laquelle la pulsion accepte de se satisfaire dans et par la représentation symbolique seulement, dans laquelle la pulsion se donne les représentations comme de nouveaux « objets » de satisfaction. Bien sûr, la sublimation est déjà là dès l'origine et les premiers renoncements à la réalisation hallucinatoire primitive, mais avec l'organisation du surmoi post-œdipien, elle prend une place essentielle dans l'organisation d'ensemble de la vie pulsionnelle.

La mise en crise de l'Œdipe dans les interactions – qu'il faudrait appeler plutôt, à l'anglaise, les *interplays*, c'est-à-dire les entrejeux –, la butée sur les impossibilités de réalisation de certains désirs, sur l'interdit de la réalisation de certains autres, débouche en effet sur l'acquisition de « règles » et principes qui constituent le « surmoi post-œdipien » et dont l'essentiel va consister à différencier les formes de réalisation du désir.

Dans le prolongement de l'acquisition des « manières » (des « bonnes » manières, la bonne chose au bon endroit, au bon moment) issue de l'analité et des premières formes du surmoi, l'enfant va devoir apprendre à différencier ce qu'il peut effectivement réaliser de ce qu'il doit se contenter de réaliser « en représentation », et de ce qu'il peut réaliser « dans la parole », dans ce « faire » particulier qu'est le fait de dire, de mettre en acte de parole.

Ce qu'on appelle le surmoi post-œdipien résulte de l'intériorisation des principes internes qui permettent de discriminer ce qui peut se faire, se dire, ne se faire que dans le dire, et ne se faire que dans la

représentation et le jeu. Il ne peut donc s'instaurer que si la capacité de se « contenter » de la représentation, de se consoler avec la représentation seulement, est acquise ; c'est cette capacité qui rend possible une « organisation » de la crise de l'Œdipe.

La capacité à prendre la représentation comme nouveau but pulsionnel, la sublimation, va caractériser l'entrée dans la période dite de latence.

Mais avant de s'engager plus avant dans la description de celle-ci, il nous est apparu souhaitable de nouveau que la question de la place du jeu dans le processus de symbolisation et d'intériorisation, que nous avons évoquée chemin faisant, soit reprise d'une manière un peu plus systématique. A. Ciccone, qui poursuit ainsi son dialogue avec mon développement, s'en charge.

7. Symbolisation des expériences par le jeu

A. Ciccone

7.1. Jeu et intériorisation

Le jeu, d'abord autoérotique, traduit l'intériorisation des expériences de lien aux objets. Il rend compte de la constitution d'objets internes, à l'image non pas des objets réels, mais des objets tels qu'ils sont perçus, appréhendés, (re)construits par l'enfant, du point de vue subjectif. Le jeu produit une intériorisation, il fabrique du moi, de la matière psychique. De ce fait, le jeu atténue l'impact traumatique de l'altérité. L'un des enjeux du jeu est l'atténuation de l'impact potentiellement traumatique de l'altérité, de la rencontre avec la réalité, avec l'altérité. C'est ce que réalise l'enfant, par exemple, lorsqu'il répète dans un jeu une expérience traumatique ou déplaisante qu'il vient de vivre.

On peut observer les premières intériorisations, ou les premières formes de jeux, à travers ce que Geneviève Haag (1997) appelle les « identifications intracorporelles » du bébé, par lesquelles celui-ci va rejouer avec son corps, avec les différents segments de son corps, une interrelation vécue avec un membre de son entourage (par exemple, le bébé est dans le giron maternel, il est nourri, il va ensuite faire des jeux de jonction de mains où une main sera emboîtée dans l'autre : la main qui emboîte l'autre symbolise la mère qui enveloppe le bébé).

Si le jeu soutient les mouvements d'intériorisation qui réduisent l'altérité, il suppose aussi un mouvement d'extériorisation, de transit de la réalité psychique par les objets du monde externe. Comme le dit Winnicott (1971b), dans le jeu, l'enfant emprunte des fragments de réalité externe pour extérioriser et vivre un échantillon de rêve potentiel. La réalité interne transite par la réalité externe, pour se donner à représenter, pour se transformer avant d'être réintériorisée. Ce double mouvement d'intériorisation/extériorisation caractérise bien sûr la transitionnalité qui qualifie le jeu.

Voici un exemple de ce double mouvement.

Observation 1

On peut facilement observer un bébé de 8 à 10 mois sur sa chaise haute, nourri à la cuillère par sa mère et jouant à laisser tomber un jouet, que la mère ramasse inlassablement. Si l'on observe de près la séquence, on s'apercevra par exemple que le bébé jette le jouet au moment où il déglutit le bol alimentaire. On peut dire que ce mouvement de laisser tomber l'objet est une projection dans l'espace de l'expérience de la chute du bol alimentaire dans le corps. Le bébé élabore ainsi le processus d'incorporation.

Il vérifie, par ailleurs, la survivance de l'objet. Il vérifie en effet que l'incorporation et les éléments sadiques oraux que celle-ci mobilise n'ont pas détruit la mère nourricière. La retrouvaille du jouet symbolise la retrouvaille de l'objet (la mère) qui a survécu à l'attaque. L'objet fait retour (la mère ramasse le jouet), la mère a donc survécu à l'incorporation. Autrement dit, le bébé fait l'expérience que l'incorporation psychique, qui s'étaye sur l'incorporation orale, ne détruit pas l'objet. C'est comme cela que s'acquiert, entre autres, la notion de permanence de l'objet.

On voit bien le rôle de l'environnement dans le déploiement de ce processus. Le destin de l'expérience décrite ci-dessus est bien différent si l'environnement réagit autrement, ne permet pas la retrouvaille, empêche le jeu.

7.2. Jeu et pulsions

Si aux sources du ludique (Ciccone, 2005a) se trouve le besoin de symboliser, on peut dire que le jeu est aussi alimenté par la pulsion, la vie pulsionnelle. Freud (1907, 1909a), avant bien d'autres, a bien entendu souligné ce point. L'un de ses contemporains, Sigmund Pfeifer (1919) a remarquablement décrit la manière dont le jeu est construit à partir de l'activité érotique infantile, des pulsions partielles de la sexualité. Avant que Melanie Klein (1932, 1950) ne fasse du jeu

une voie royale d'accès à l'inconscient, aux fantasmes, au sexuel infantile, au pulsionnel, Pfeifer – à partir de l'observation et de l'analyse de jeux enfantins, dans différents pays – a rendu compte de la manière dont le jeu peut s'appréhender, se comprendre, se décoder comme un rêve, comme un symptôme névrotique : le jeu rend compte à la fois d'une mesure défensive contre un désir inconscient et d'une satisfaction déguisée de ce même désir. Les caractéristiques du jeu étant le plaisir et le sentiment de toute-puissance que celui-ci procure, la satisfaction des désirs sexuels refoulés se fait sans angoisse. Lorsque l'angoisse est présente dans le jeu, celle-ci n'est pas le résultat du jeu, elle est son matériel.

Si l'on peut dire que la pulsion est aux sources du ludique, on peut aussi dire que l'affect est à ces mêmes sources. Le jeu est travaillé par les affects et est un travail sur les affects.

7.2.1. Pulsionnalité du sujet et de l'objet

Par ailleurs, si la pulsionnalité qui alimente le jeu, qui est au cœur du jeu, qui détermine son mouvement, est celle du sujet, elle est aussi celle de l'objet. Le jeu suppose l'autre, l'objet. Il se déploie d'abord dans une situation intersubjective, René Roussillon l'a bien illustré. La satisfaction du jeu, comme celle du nourrissage, passe par l'existence de l'autre. Le jeu solitaire, de soi à soi, autoérotique, n'est possible que s'il a d'abord été précédé par un jeu de soi à l'autre, un jeu intersubjectif, comme dit René Roussillon.

En outre, si le jeu suppose l'autre, c'est toujours, dans l'histoire du développement, d'abord l'autre qui joue. C'est toujours la mère, le partenaire du bébé qui initie le jeu, même si, très tôt, en particulier dès le 6e mois, le bébé va solliciter, relancer, prolonger l'interaction ludique. Autrement dit, le jeu traitera la pulsionnalité de l'autre. Aux sources du ludique se trouve la pulsionnalité de l'objet, qui va travailler le jeu, et que le jeu va travailler. La pulsionnalité et, bien sûr, les fantasmes qu'organise et qui organisent cette pulsionnalité.

7.2.2. Travail de liaison des pulsions sexuelles et destructrices

La pulsionnalité, du sujet comme de l'objet, du bébé comme de la mère ou de son partenaire, concerne la sexualité, les pulsions sexuelles – infantiles, partielles. Elle concerne aussi la destructivité, l'hostilité, la haine. On peut dire que l'une des fonctions du jeu est de lier la destructivité, de lier la haine, celle du sujet comme celle de l'objet.

Un tel travail de liaison, pour le bébé et pour le moi rudimentaire du bébé, est effectué par l'objet, la mère ou le partenaire du bébé. Par exemple, lorsque, dans un échange, le bébé attaque le visage mater-

nel, griffe, tire les cheveux, et que la mère transforme cette attaque en un jeu de caresses ou de chatouilles, auquel va participer le bébé avec plaisir, on peut dire que, dans et par l'échange ludique, la mère transforme l'agressivité ou la destructivité en un contact tendre, elle lie la haine à l'amour, soutient le bébé dans son travail d'intégration de la pulsionnalité violente, travail dont rend compte l'échange ludique dans lequel le bébé est partie prenante. Il faut souligner que la mère peut faire ce travail si elle n'est pas détruite par l'attaque du bébé. Le destin de ce mouvement violent est bien différent si l'objet ne résiste pas, si la mère est agacée, si elle ne joue pas, si elle réprimande le bébé et se plaint de sa méchanceté, par exemple.

Les jeux, les théâtralisations de la violence – jouer à se dévorer, au lion qui mange le bébé, etc. – sont des modes de liaison de la violence, de la destructivité. Et celle-ci appartient aussi à l'objet, au parent. Le lien au bébé mobilise la haine, l'hostilité, et celle-ci sera liée au sein de l'ambivalence, en particulier dans les interactions ludiques. Par exemple, les interactions ludiques qu'on peut voir apparaître dès la fin du 3e mois, et dans lesquelles on peut observer de la part du parent des ébauches de morsures, de pincements, dans les mimes de dévoration, les jeux de poursuite, les jeux d'effraction suivis d'apaisement (la petite bête qui monte, la souris qui passe dans le cou puis sous les vêtements, etc.), sont autant de mises en scène, de théâtralisations qui ont pour objet, entre autres, de lier la haine, d'éponger la haine, au sein de l'ambivalence. Un tel travail de liaison n'est pas le fait uniquement du ludique. On peut dire que l'éducation, dans son ensemble, a une telle fonction. L'exigence éducative, dans bien des cas, n'a d'autre cohérence que celle de lier, d'éponger la haine qui autrement risquerait de s'exprimer de manière brute et potentiellement meurtrière.

7.2.3. Le jeu entre pulsions et objet

Si les pulsions sont aux sources du ludique, elles sont aussi, paradoxalement, une menace pour le jeu. Les pulsions constituent la plus grande menace pour le jeu et pour le moi, disait Winnicott (1971b), qui parlait là de l'excitation corporelle dans les zones érogènes. Le jeu suppose que l'éveil pulsionnel ne soit pas excessif. Au-delà d'un certain seuil, l'excitation pulsionnelle conduit à un sentiment de confusion. On atteint là une des limites du jeu : l'ex-citation (hors de la parole, hors de la communication). Le jeu qui déborde les capacités de contenance par la parole, par la communication, n'est plus du jeu. De même, le jeu où la pulsionnalité n'est pas transformée, contenue, symbolisée, mais où elle est exploitée par l'autre, par l'adulte, agissant lui-même sa propre pulsionnalité, est hors jeu.

Le jeu joue ainsi, si l'on peut dire, le rôle de médiateur entre les expériences pulsionnelles du sujet et la fonction régulatrice des objets – fonction régulatrice qui suppose une autorégulation par les objets de leur propre pulsionnalité. Le jeu joue une telle fonction médiatrice car il transforme l'immédiateté de cette expérience relationnelle en une forme symbolique.

7.2.4. Jeu et pulsions épistémophiliques

Outre la pulsionnalité sexuelle et destructrice, les pulsions dites épistémophiliques, telles que les décrit Melanie Klein, sont aussi au cœur du jeu. Le bébé est très tôt intéressé par la connaissance, par le fait de résoudre des problèmes, de comprendre les énigmes du monde qui l'entoure. On peut observer tout le travail sérieux que font les bébés, dès les premiers mois de leur vie, pour apprendre, pour résoudre des problèmes. On peut dire que le jeu, le ludique, s'il est motivé par le pur « plaisir fonctionnel », comme disait Piaget (1978), est aussi au service de l'apprentissage. L'une des commentatrices du célèbre « jeu de la bobine » (Freud, 1920), Anne Alvarez (1992), souligne la manière dont un tel jeu, s'il permet de maîtriser l'absence, de symboliser l'absence, voire de nier l'absence, permet aussi et surtout d'explorer et d'apprendre davantage sur les propriétés des objets-qui-peuvent-s'absenter. Le jeu permet d'explorer l'objet, d'apprendre de l'objet, d'apprendre sur l'objet.

Où commence le jeu, dans le développement de l'enfant, du bébé ?

7.3. Comment naît le jeu ?

7.3.1. Jeu et interactions sociales

On peut dire qu'il est difficile de différencier les jeux des interactions sociales précoces, et qu'il est difficile de différencier les jeux, dans les interactions parents-bébé, des pratiques de maternage. Piaget (1978) a essayé de décrire, à partir de l'observation des comportements du bébé, la naissance du jeu. Il reconnaît qu'il est difficile de dire où commence le jeu, celui-ci prolongeant les conduites adaptatives de façon continue et indistincte. Le jeu primitif se confond, pour lui, avec l'ensemble des conduites sensorimotrices, dont il ne constitue qu'un pôle : celui des comportements ne nécessitant plus d'accommodation et se reproduisant par pur plaisir fonctionnel. Les schèmes momentanément inutilisés s'exercent pour eux-mêmes, sans autre fin que le plaisir fonctionnel, ce qui procure un sentiment de virtuosité, de puissance (même si les enjeux du jeu, même aux débuts, ne se

résument pas au simple plaisir...). Piaget fait ainsi du jeu une antithèse de l'imitation, laquelle correspond à une sorte d'hyperadaptation par accommodation (puis jeu et imitation se rejoindront).

- S'il est difficile de dire où commence le jeu, Piaget décrit, à travers des observations très fines, des jeux dès 2 mois, jeux qui sont des prolongements de ce qu'il appelle les « réactions circulaires primaires » (qui définissent des comportements avec attente de résultat pour s'instruire – j'évoquais plus haut l'appétence du bébé pour apprendre), réactions circulaires qui cessent d'être sérieuses ou instructives.
- Dès 4 mois, Piaget décrit des prolongements de réactions circulaires dites « secondaires » (dans lesquelles les objets sont manipulés dans un but de compréhension), prolongements dans lesquels le bébé éprouve du plaisir par le simple fait d'être cause d'un événement.
- Enfin, aux alentours de 9 mois, apparaît la ritualisation des schèmes : un geste fait au hasard, un objet rencontré au hasard va évoquer un schème et l'enfant va l'exécuter rituellement (par exemple, le bébé qui perçoit un objet avec lequel il a l'habitude de s'endormir, ou un objet qui lui ressemble, va se coucher dans la position du sommeil, cligner des yeux pour faire allusion aux yeux fermés, sucer son pouce, etc., tout cela pendant une demi-minute, puis il reprendra son activité là où il l'avait interrompue). La ritualisation deviendra ensuite ludique, l'enfant compliquant la situation.

Dans cette ritualisation ludique – et c'est là une autre manière d'envisager la symbolisation, dans son versant cette fois cognitif –, le geste esquissé ne représente que lui-même et demeure à la fois signifiant et signifié. Mais le geste étant une esquisse ludique de ce que serait le schème complet s'il se déroulait et aboutissait « sérieusement », il est alors la préforme d'un « comme si ». Le « comme si », le faire semblant, caractéristique du jeu, apparaîtra lui vers 1 an, lorsque le bébé peut évoquer la situation en l'absence de l'objet-chose qui en déclenchait le souvenir, et qu'il peut remplacer cet objet par d'autres. Un indice du symbole représenté se trouve, par exemple, dans le fait que le bébé rit d'avance lorsqu'il reproduit le faire semblant. Cette anticipation indique que la scène au-dehors est précédée par une scène interne, une scène ludique interne effet du travail de symbolisation.

Le jeu prolonge les conduites adaptatives, disait Piaget. On peut dire que, dans sa dimension intersubjective, interrelationnelle, le jeu prolonge les interactions pulsionnelles, pour les transformer ; il pro-

longe les interactions dans le groupe, la famille, qui conduisent à une confrontation avec l'altérité, avec l'énigme, pour réduire cette altérité, explorer et comprendre l'énigme du monde, le tout avec un éprouvé de plaisir.

Comment peut-on décrire le ludique dans ces interactions précoces ?

7.3.2. Rythmicité des interactions et émergence du ludique

Plusieurs auteurs ont donné des éléments de compréhension précieux pour traiter cette question. Signalons quelques propositions de Daniel Marcelli (1986, 1992, 2000), qui a souligné les particularités de la rythmicité dans les interactions, notamment dans les interactions ludiques. Plus que d'interactions ludiques, je parlerai d'émergence du ludique dans ces interactions précoces.

Daniel Marcelli distingue les macrorythmes, qui sont les rythmes des soins maternants, des microrythmes, qui désignent les rythmes à l'intérieur des interactions, notamment des interactions ludiques, mais dont on peut dire qu'ils auront la particularité de faire émerger ou de soutenir l'émergence du ludique dans l'interaction. Les macrorythmes des rituels de soins sont organisateurs par la répétition qui les caractérise ; ils permettent la mémorisation, l'anticipation, la prévisibilité ; ils développent le sentiment de continuité narcissique (par la confirmation des attentes), de confiance, de sécurité ; ils donnent au bébé la possibilité de faire l'expérience de créer l'environnement (c'est l'illusion du trouvé-créé). Les microrythmes, à l'intérieur des échanges interactifs, vont produire le ludique, supposent la surprise, l'inattendu, l'aléatoire, la tromperie. Les messages seront contradictoires (par exemple, ceux transmis par le ton de la voix et ceux véhiculés par l'expression du visage de la mère) ; les règles partagées seront violées et produiront de l'étonnement.

Comme le dit Marcelli, si, dans les macrorythmes, le bébé investit les « indices de qualité » dont parlait Freud (1895a), c'est-à-dire ce qui est identique à l'expérience passée et qui renforce la capacité de mémorisation puis de rêverie du bébé, sa capacité d'« hallucination » de la satisfaction, dans les microrythmes, en revanche, le bébé investit ce que les psychologues du développement appellent les « indices de divergence », c'est-à-dire ce qui est légèrement différent de l'expérience passée et qui renforce sa capacité d'attention (puis ultérieurement d'apprentissage). Il investit l'incertitude, c'est l'attente qui est excitante. Notons, avec Marcelli, que dans les deux cas, le bébé fait un travail de comparaison : il note l'écart entre deux situations séparées par un intervalle de temps. Ce qu'investit le bébé, c'est alors une abstraction : l'écart. Il passe ainsi d'un investissement

sensoriperceptif à un investissement cognitif (une abstraction). Ce qui excite le psychisme n'est pas la stimulation, ou pas seulement la stimulation, c'est l'écart, qui est une donnée abstraite.

On peut signaler à ce propos comment Stern (1974, 1985) décrit le fait que les répétitions du jeu créent ce qu'il appelle des représentations d'interactions généralisées (RIG), déjà évoquées plus haut, qui sont des prototypes créés d'interaction. C'est par le recours à l'épisode prototype que le bébé va réguler et organiser ses expériences ; c'est par le recours à l'expérience prototypique, non seulement mémorisée mais aussi construite, c'est-à-dire abstraite, que le bébé va s'assurer une continuité, devant les divergences.

Les microrythmes par lesquels émerge le ludique voient alterner attente, tromperie et retrouvaille. Plusieurs auteurs ont analysé avec finesse ces alternances dans certains jeux avec des bébés – jeux de chatouille, de coucou, etc. (outre Marcelli, voir par exemple Trevarthen, 1989b, Stern, 1995). L'excitation, le plaisir proviennent de l'attente (du chatouillement, par exemple). Le bébé investit le temps d'attente et anticipe la chatouille, et la chatouille arrive juste à côté de là où elle était anticipée. Tout se passe comme si, dans ces alternances tromperie/retrouvaille, la mère instaurait une règle, que le bébé partage, pour ensuite la violer (la mère ne chatouille pas exactement à l'endroit voulu, ou au moment attendu). L'instauration d'une règle puis sa violation trompent l'attente, et l'attente trompée est un puissant facteur d'excitation.

Tous les auteurs qui étudient ces interactions ludiques précoces, les modalités de captation de l'intérêt du bébé par la rythmicité trompée (voir aussi Trevarthen et Aitken, 2003), mais aussi la manière dont le bébé est actif dans ces jeux (Stern, 1974) soulignent la réciprocité émotionnelle, affective, la dimension intersubjective de ces jeux précoces. Le jeu suppose une expérience commune, partagée, intersubjective, un partage d'affect. L'expérience de soi dans le jeu du bébé est une « création mutuelle », comme dit Stern (1985).

Pourtant, ces premiers jeux produisent aussi de la différenciation. La répétition des jeux, avec le même et avec différents partenaires, produit de la permanence et de la diversité. Le bébé y reconnaît des invariants : le principal de ces invariants est l'état émotionnel, qui est un auto-invariant, dit Stern, qui appartient au soi, et dont le repérage va développer le sens du soi. Dans la diversité des expériences, le bébé va repérer l'altérité, reconnaître l'autre.

S'il est important d'introduire des tromperies dans les microrythmes, comme le dit Marcelli, on peut dire que même la répétition la plus conforme contient inévitablement de la diversité que le bébé

va repérer. Stern rappelle que les capacités du bébé à mesurer le temps sont impressionnantes : il peut en effet différencier une déviation d'une fraction de seconde par rapport à la simultanéité (par exemple, si on montre à un nourrisson de 3 mois le visage de sa mère sur un écran avec la voix retardée de quelques centaines de millisecondes, il saisira le décalage dans la synchronie et sera gêné, comme s'il s'agissait d'un film mal doublé ; Stern se réfère à Dodd, 1979).

Le jeu crée donc de la communauté, suppose de la communauté, du partage d'expérience (émotionnelle, affective), et crée de la différence. Il travaille à fabriquer du moi, et à constituer le hors-soi, à partir d'expériences intersubjectives.

Chapitre 10
Période de latence

1. Une période entre deux crises

La période de latence, ou plus simplement la « latence », est un peu le parent pauvre de l'investigation clinique ; c'est celle qui a suscité le moins de travaux. Sans doute est-ce parce qu'elle ne se définit pas comme une période de crise, et donc qu'elle est moins bruyante que les deux crises qui l'encadrent, la crise œdipienne d'une part et la crise d'adolescence de l'autre. Mais peut-être aussi parce qu'elle se caractérise par de nombreux processus d'autonomisation qui ont pour conséquence de soustraire une partie de la vie de l'enfant au regard des adultes, et donc aussi à son « regard critique ».

On a essentiellement souligné, peut-être en partie abusivement, l'accalmie pulsionnelle et la relative tranquillité de cette période. Elle me paraît personnellement surtout caractérisée par l'investissement et le développement de la « solution » post-œdipienne, et par la valeur nouvelle donnée à la représentation psychique et à l'activité représentative, qui se présentent comme des « nouveaux buts » pulsionnels, comme de nouvelles issues aux impasses de la crise œdipienne. Grâce à ces nouveaux champs d'investissement, mais aussi aux règles surmoïques introjectées, la vie psychique se développe et se « renforce » et, avec elle, les capacités de l'enfant.

L'enfant va aussi commencer un processus d'autonomisation par rapport à sa famille et ses parents, grâce aux règles surmoïques, et à l'acquisition des systèmes de communication qui lui assurent une certaine sécurité. Il va pouvoir commencer à explorer les premiers espaces et domaines sociaux extrafamiliaux et, ainsi, s'engager dans une découverte progressive du monde et de ses règles.

2. Investissement de la représentation et de ses règles

La motricité et l'activité motrice restent bien sûr très investies à la latence, et il n'est que d'observer une sortie des classes en cour de récréation pour s'en persuader. Mais l'effort majeur de la latence, sa spécificité, va être de s'abstraire petit à petit de la motricité et de l'activité motrice, et d'abstraire l'activité représentative de l'étayage qu'elles lui apportent. Nous avons vu que la représentation permettait à l'enfant de réaliser « dans » la représentation ce qu'il ne pouvait réaliser effectivement, et ainsi de s'abstraire des limitations imposées par les réalités et les interdits familiaux et sociaux, mais l'activité représentative, de même que l'activité cognitive, était largement encore étayée sur la perception et la motricité. À l'école maternelle, l'enfant apprend encore grâce à un étayage perceptivomoteur, en se déplaçant, en touchant les objets, en les manipulant effectivement ; la pensée infantile a encore besoin des supports corporels pour prendre son premier essor.

2.1. Quitter la motricité et la sensorimotricité

Arrivé à l'école primaire, l'enfant latent va devoir commencer à abstraire ses capacités cognitives et ses capacités de symbolisation de leur étayage perceptivomoteur. Ce sont les nouvelles règles du lieu. L'enfant latent va devoir exercer celles-ci en restant assis à sa place, le corps immobile sur une chaise ; il va devoir intérioriser la motricité, et apprendre à réaliser dans et par la représentation les actions que ses mains et son corps effectuaient avant. Cette capacité n'est pas complètement nouvelle bien sûr : elle s'inscrit dans un continuum qui se met en place progressivement. La donnée nouvelle est que la restriction motrice et perceptive devient la règle, c'est la nouvelle règle « sociale », et elle est imposée par des personnages qui ne sont plus les parents et apparentés, mais des « maîtres et maîtresses » d'école, des étrangers à la famille.

On conçoit que les enfants qui ont de la difficulté avec l'instauration du surmoi post-œdipien, qui ont donc de la difficulté avec l'investissement de l'activité représentative symbolique, vont avoir a fortiori les plus grandes difficultés avec cette nécessité d'abstraction. Certains vont se soumettre, mais en retirant leurs enjeux affectifs et pulsionnels des activités cognitives, qui seront ainsi dissociées du reste de la maturation affective. D'autres vont se trouver en échec et développer des phobies scolaires ou diverses modalités symptomati-

ques qui tourneront autour de l'école et de ses règles. D'autres encore vont cliver leur comportement à l'école de leur comportement intrafamilial, etc.

Ceux qui ont atteint et investit une capacité suffisante de symbolisation vont devoir transférer dans le langage verbal, et « l'appareil de langage », ce qu'ils effectuaient antérieurement dans et par les jeux perceptivomoteurs. Le rapport de l'enfant latent au langage verbal va donc aussi se modifier en fonction de cette modification de l'investissement. L'enfant œdipien parle et utilise les règles du langage sans les connaître, sans qu'il en dégage un véritable savoir ; il les utilise à partir de « l'usage » relationnel, n'a pas besoin de les réfléchir pour les utiliser. L'enfant latent va se trouver être confronté, à partir de l'école et de l'apprentissage de l'écriture, à une réflexion sur le langage, sur ses règles, sur ses logiques, à une découverte et redécouverte de celle-ci.

Cet extrait d'A. Roussin explicite bien mieux que de longs développements ne pourraient le faire ce renouvellement du rapport au langage.

> Ce fut le temps où Mlle Bailleux m'apprit à écrire que je découvris à plusieurs reprises, et dans un certain émerveillement, l'aspect magique du langage. Les explications qui m'étaient fournies, coupaient brusquement en deux ou trois des sons que jusque-là, je prenais pour des mots. Il y avait le fameux « cécomça ». En général, il était précédé de « parsq ». On me répondait « parsqcécomça ». Mais comme on disait aussi « parsq'asonâge » ou « parsqsasufi » j'avais compris que « parsq » était un mot et « cécomça » un autre. Je fus bien surpris d'aboutir un jour à « parce que c'est comme ça ». Mais cela me plut... J'avais l'impression d'une découverte, les sons se justifiaient soudain et mon besoin de logique y trouvait une satisfaction. Le mot auquel j'avais toujours cru tombait comme une écorce et j'avais devant moi, sur mon cahier, un mot tout neuf, poli comme un marron, qui me plaisait autant qu'un jouet. (A. Roussin, *La Boîte à couleurs*, Paris, Albin Michel, 1975)

2.2. Jeu avec les mots

L'enfant latent va aussi commencer à découvrir le jeu avec le langage, le jeu avec les mots. Il arrive que les enfants œdipiens fassent ce qu'on appelle des « mots d'enfant », mais, dans ceux-ci, ils sont plus le jouet du langage et de ses effets propres, de ses facéties, que les auteurs véritables de l'effet de jeu. Ce n'est qu'à partir de la latence qu'un véritable jeu avec le langage commence à se développer, jeu avec les sons et les assonances d'abord, jeu avec le sens ensuite. À

travers ce jeu, l'enfant latent s'approprie progressivement la dimension réflexive du langage verbal, commence à s'approprier une position réflexive sur l'activité de symbolisation elle-même. En effet, avec la réflexion sur le langage verbal que propose l'apprentissage de l'écriture, c'est l'ouverture à une pensée de l'activité représentative qui s'amorce, c'est une première confrontation réfléchie à la représentation de la représentation, à une ressaisie de ce qu'il en avait pressenti antérieurement, qui se profile. L'enfant œdipien se réfléchissait principalement à partir du sentiment, du regard et de la parole de l'autre, en particulier à partir de celle de ses parents ; l'enfant latent commence à se réfléchir à partir de ses modes de communication, commence à les réfléchir et à se réfléchir à partir de ceux-ci. L'activité de pensée et de réflexion sur les outils de symbolisation, de pensée et de réflexion prend la suite des activités autoérotiques « reprises aux objets », dont nous avons vu qu'elles caractérisaient les apprentissages du narcissisme secondaire. Elle continue le travail de « reprise aux objets », mais elle commence en plus à permettre à l'enfant latent un progressif décentrement par rapport au monde familial et, par voie de conséquence, aux images de lui que celui-ci lui a transmis.

Inversement, au fur et à mesure que l'enfant latent perfectionne ses outils de symbolisation, son utilisation du langage verbal en particulier, mais aussi du graphisme du dessin, qu'il les maîtrise mieux, qu'il les réfléchit, l'utilisation des solutions symboliques post-œdipiennes se perfectionne aussi et se renforce dans la mesure même de leur optimisation. Sa confiance en l'utilisation des « solutions » symboliques grandit, et, avec elle, sa confiance en ses propres moyens, et ce, bien entendu, pour autant que le reste de sa vie affective et psychique continue de se développer suffisamment. Dans le même mouvement, son intérêt pour l'univers représentatif se renforce : l'enfant latent commence à se cultiver et à être intéressé par le champ culturel.

3. Exploration et autonomisation hors de l'univers familial

Comme nous l'avons souligné plus haut, l'intériorisation des règles du surmoi post-œdipien permet à l'enfant de s'éloigner de l'univers familial, lui fournit un certain nombre de repères, un système de règle et de communication, grâce auxquels il peut affronter diverses situations « sociales ». La crise œdipienne et son organisation avaient permis à l'enfant de conquérir une certaine autonomie au sein de la famille, avaient permis le développement d'un monde fan-

tasmatique propre, caché quand il le fallait à la connaissance de ses parents ; la période de latence va lui permettre de franchir un nouveau pas dans le processus d'autonomisation. Après l'autonomisation, même relative, au sein de l'univers familial, la poursuite du travail de séparation de l'enfant va s'effectuer par rapport à la famille elle-même, et l'enfant va partir à la conquête des espaces extrafamiliaux.

3.1. L'école

Le premier espace social qu'il faut évoquer est bien sûr celui de l'école, souvent le premier et grand espace de socialisation et de découverte des « institutions sociales ». L'école devient souvent le prototype de « l'autre lieu de soi », de la confrontation avec un autre niveau d'altérité. L'enfant y rencontre d'autres adultes référentiels, d'autres adultes et enfants avec lesquels vont se nouer d'autres relations affectives, alternatives à celles que l'enfant a nouées au sein de la famille avec ses parents ou frères et sœurs, d'autres modèles de relation aux adultes et aux autres enfants. Mais il rencontre aussi une organisation collective régie par d'autres lois et règles sociales que celles de la famille, même si elles ont des parties communes avec celles que l'enfant a déjà connues à l'intérieur de celle-ci. Il rencontre une organisation collective faite pour gérer une vie de groupe qui n'est plus celle du « groupe famille ».

À côté de l'institution scolaire, qui est une première forme d'organisation « sociale », l'enfant va en effet être confronté à l'organisation du groupe des enfants qui n'est ni complètement indépendante de la première, ni non plus complètement superposable à elle. L'institution sociale obéit à des règles qui sont celles de l'ensemble du socius, même si chaque institution singulière « interprète » ses règles à sa manière, alors que les règles d'organisation du groupe des enfants vont donner lieu à des « transactions » groupales comprenant potentiellement beaucoup plus de variété et de créativité.

Pour dire vite, les particularités du surmoi de chacun des enfants forment autant de variantes possibles pour l'organisation du surmoi « groupal » collectif, et les transactions sociales qui s'établissent entre les enfants ont aussi comme enjeu manifeste, autant que latent, la détermination des règles qui vont gouverner le collectif. L'enfant se confronte donc aux « variantes » individuelles du surmoi des autres enfants, et aussi à la question de savoir ce qui, dans les règles et principes, est « propre » à son organisation psychique, et ce qu'il retrouve aussi chez les autres enfants. C'est la première confrontation

de l'enfant à ce qu'on pourrait nommer le « relativisme culturel », même s'il s'agit là le plus souvent d'une « micro »-culture. Un travail, que j'ai proposé d'appeler de « dé-particularisation » du surmoi, va donc devoir s'effectuer pour chacun, travail destiné à préciser ce qui, dans l'organisation du surmoi de chacun, va contribuer à l'organisation collective et ce qui, trop idiosyncrasique ou trop complexe, sera tenu hors reprise collective.

Les transactions qui s'établissent, de façon plus ou moins consciente et délibérées entre les enfants pour « fixer » les règles de leur « jeu » groupal, ne sont pas bien sûr indépendantes de celles de la société dans laquelle les enfants se développent, mais ce n'est pas le seul facteur qui rentre en ligne de compte. Les phénomènes de leadership sont également à prendre en compte, tout comme la conscience de groupe et de classe d'âge, mais aussi, dans la mesure où le mixage des cultures est un fait de plus en plus répandu, les variantes religieuses et culturelles. Les transactions groupales combinent alors souvent le « plus grand commun dénominateur » surmoïque qui serait le plus logique avec les différents phénomènes « culturels » évoqués. La fonction de l'organisation d'un « surmoi de groupe », ou de l'exploration des aspects groupaux du surmoi, selon la façon dont on examine les choses, est aussi de passer d'une organisation qui porte encore beaucoup la trace des particularités familiales à une organisation qui progressivement commence à départiculariser cette dernière.

À côté de la rencontre avec la question des règles et organisations groupales et institutionnelles, et dialectisée à celle-ci, la question des « préférences et choix » prend aussi une place majeure. L'enfant latent se choisit un copain, une copine, un double ou un complémentaire avec qui « faire couple » et définir une appartenance mutuelle : « mon » copain, « mon » ami et même déjà « ma » meilleure amie.

Par ailleurs, au sein du groupe considéré dans son ensemble se construisent des sous-groupes, qui sont déjà, pour certains, et pour les garçons en particulier, des « bandes », et qui spécifient des appartenances selon le choix affectif et pas seulement sur le modèle institutionnel imposé. « Bandes » et groupes qui tendent à être monosexués, les filles et groupes de filles d'un côté – souvent déjà se forment davantage de « couples » de filles que de véritables groupes –, les garçons de l'autre : « fille à la vanille et gars en chocolat » comme le chantait Souchon. La séparation des sexes prend alors à la fois le sens d'une reconnaissance identitaire – on se retrouve entre « pareils » –, et celui d'un évitement des excitations liées à la différence des sexes. L'enfant latent tend au conformisme, il a besoin que les forces soient regroupées sous des bannières bien repérables.

3.2. Sur le chemin de l'école

Au fur et à mesure qu'il grandit, l'enfant latent va devoir apprivoiser non seulement l'école, mais aussi tout l'environnement qui conduit à l'école. Sur le chemin de l'école, l'enfant latent va rencontrer différents problèmes qui représenteront autant de dangers que d'occasions de conquête. Il y a bien sûr la question de se rendre à l'école « seul », et la question, non moins décisive en la matière, de la rue à traverser. La « rue à traverser », c'est la question de l'apprentissage des règles de la circulation, nouveaux apprentissages de règles sociales, mais c'est aussi la question de la rencontre avec le « chauffard » potentiel, le « mauvais » adulte, la rencontre avec la violence de l'adulte, du monde adulte. Il s'agit là d'un danger bien réel, mais aussi de l'occasion de rencontrer la représentation de l'adulte « non parent », celle de l'adulte qui n'est pas dans la position du parent, et qui est donc, potentiellement, « mauvais » pour l'enfant.

Or sur le chemin de l'école, l'enfant latent va être conduit à rencontrer différents adultes « non parents ».

- Il y a ceux que l'on appelle les « clochards » et que les comités de parents d'élèves s'emploient souvent à faire éloigner des trajets des enfants. Les clochards interrogent sur le socius, sur la conformité, sur la misère. Par leur seule présence, ils témoignent d'un monde en marge, questionnent l'exclusion sociale, et portent le symbole de la déchéance de ceux qui n'ont plus de famille ni de toit, qui matérialise celle-ci, de ceux qui sont errants parce que séparés de leur famille. L'enfant latent qui s'éloigne de sa famille trouve dans le clochard le spectre de ce qui le menace potentiellement s'il s'en éloigne trop, s'il en vient à la perdre.
- Il y a ceux qui sont porteurs d'une différence visible, par exemple d'un handicap. Ils questionnent le sens du « conforme » de l'enfant latent, du conforme corporel, et sont sans doute fantasmatiquement porteurs des stigmates de la castration, et donc également de quelque « faute » commise. On a pu souligner aussi que, si les enfants ne présentaient guère de signes de « racisme » à l'école maternelle, ce n'était plus le cas ensuite pendant la période de latence.
- Il y a la rencontre potentielle avec ceux que les parents des quartiers bourgeois appellent « les satyres » ou « les sadiques », et qui sont en fait les exhibitionnistes qui fréquentent les sorties d'écoles primaires. Le danger là encore existe effectivement, mais son importance dans le discours parental est aussi liée au fait qu'il est doublé d'un danger fantasmatique, celui que l'enfant se fasse

« séduire » par un adulte, celui que le monde de l'enfance est sous la menace de l'abus et de la séduction par le monde adulte. Cette « séduction » s'incarne et se représente dans le sexuel et autour de lui, à la fois parce que le sexuel est bien la plupart du temps le vecteur de l'abus, et parce qu'il représente la forme d'abus la plus « facile » à cerner, dans la mesure où elle est matérialisée dans le corps. L'Œdipe étant l'un des plus puissants organisateurs de la vie psychique et des relations parents-enfants, celles-ci sont toujours plus ou moins parcourues par la question de la transgression des limites et donc d'existence de l'abus. Cette question mobilise une inévitable conflictualité grâce à laquelle la limite peut être interrogée et modulée tout au long du processus de développement et de l'évolution qu'il implique. Mais cette « menace d'abus », qui hante l'éducation des enfants, que ce soit de manière effective ou sous forme seulement fantasmatique, a besoin de se trouver des lieux de « représentation », des lieux où elle peut se mettre en scène. Ce qui menace l'univers familial va se trouver ainsi mis en scène et représenté dans ce que le psychanalyste M. Fain a appelé le « fantasme populaire de séduction par l'adulte ».

- Sur le chemin de l'école, l'enfant latent va aussi rencontrer « le commerçant » et la question de la transaction commerciale. Le commerçant est rencontré d'abord bien sûr avec les parents. Là s'apprend quelque chose des statuts sociaux respectifs des uns et des autres, des « politesses respectives ». Là l'enfant découvre aussi ses parents confrontés aux autres adultes, leur aisance ou gêne éventuelle, financière et relationnelle, commence à faire l'expérience des transactions d'argent, découvre que les objets ont un prix. Puis c'est l'expérience de l'achat solitaire, l'apprentissage de ce qu'il faut dire, faire, de l'argent donné en échange d'un objet, du calcul à faire pour payer et recevoir la monnaie résiduelle.

Ce sont autant d'occasions de poursuivre et d'infléchir les premières règles sociales apprises, de continuer le travail de départicularisation du surmoi, de parfaire son « impersonnalisation », selon la formule de F. Pasche. L'enfant découvre progressivement son « anonymat » relatif, il découvre les règles communes, celles au nom desquelles il n'est qu'« un parmi les autres », soumis aux mêmes lois du socius. Mais c'est aussi le prix à payer pour continuer à « conquérir » une place dans le champ social, pour continuer à pouvoir « voyager », éloigné de sa famille, mais dans une suffisante sécurité. Le surmoi, le surmoi suffisamment « départicularisé » et « impersonnalisé », protège l'enfant, telle une puissance tutélaire internalisée.

3.3. L'autre famille

La latence est aussi le moment où l'enfant va rencontrer la question de l'organisation familiale, va pouvoir commencer à la réfléchir. L'enfant œdipien peut connaître d'autres familles que la sienne propre, il peut aller passer quelques vacances chez ses grands-parents ou chez des cousins ou apparentés. Il découvre là d'autres règles, d'autres habitudes familiales, d'autres investissements et d'autres modes relationnels entre parent et enfants. Chez ses grands-parents, il découvre que ses « parents » sont aussi les « enfants » d'autres parents, que les positions de parent et d'enfant sont « relatives », qu'elles ne se « retournent » pas, mais peuvent se conquérir dans le temps. À partir de ces différentes expériences, il découvre la « structure familiale ».

Mais tout cela, si je puis dire, reste « en famille », au sein de la même famille, même si celle-ci s'élargit au-delà du cercle de la famille restreinte. L'enfant latent va aussi découvrir « l'autre famille », celle du copain ou de la copine qui l'invite, d'abord, à passer la nuit chez lui ou chez elle, puis éventuellement pour un séjour de vacances.

L'enfant comprend d'ailleurs bien que ces invitations, en tout cas les « premières », représentent un événement. Il va falloir dormir dans une autre chambre, un autre lit que le sien, et la « solidité » de son organisation psychique va être mise à l'épreuve. Il va potentiellement rencontrer d'autres habitudes alimentaires, d'autres manières de signifier les rythmes liés à l'autoconservation. L'enfant va également être conduit à découvrir des organisations familiales potentiellement singulièrement différentes de la sienne, et ce même si, souvent, les parents prennent soin de n'accepter les invitations « qu'au sein du même milieu social ». Toutefois, il existe des différences significatives, même au sein d'un groupe social identique ou présumé tel ; elles sont liées aux inévitables différences idiosyncrasiques des différentes familles, de l'organisation du couple parental, de l'organisation concrète de la vie familiale, de ses règles et usages.

L'enfant latent va ainsi faire ses premières expériences prolongées des différences intra- et interculturelles, du relativisme culturel. La culture ne se perçoit que dans la différence, quand on baigne tout le temps dans le même bain culturel, quand on reste au sein des mêmes habitudes issues de celui-ci ; la « culture » est perçue comme une « nature », elle n'est pas perçue dans ses choix, elle va de soi. La confrontation avec l'autre famille et, donc, avec l'autre culture rend possible une découverte du « fait » culturel, invite à une prise de conscience du fait que ce qui se déroule en famille n'est pas nécessairement universellement partagé, ou plutôt invite au départage entre

ce qui est universellement partagé et ce qui est relatif à une famille donnée. L'heure à laquelle les enfants doivent aller se coucher, ce qu'ils mangent, quand ils ont le droit de parler et le droit de dire, le mode de rapport entretenu avec l'adulte parent, etc. ; tout cela entraîne inévitablement l'enfant à un jeu de comparaison. Il découvre ainsi que certaines des « manières » familiales sont relatives, que, d'une certaine manière, elles sont aussi « contestables », critiquables, ou, pour le moins, interrogeables. Les conflits que l'enfant latent rencontre dans sa propre famille alimentent également cette remise en cause de l'organisation familiale ; ils se dialectisent avec le travail de découverte et de réflexion impliqué par la poursuite de l'exploration des caractéristiques du monde social.

L'enfant œdipien a découvert et exploré les caractéristiques de l'organisation intrafamiliale, il a rencontré les lois et règles qui structurent et organisent celle-ci. L'enfant latent commence à découvrir et explorer les caractéristiques de l'organisation sociale extrafamiliale, mais qui fait partie de l'organisation symbolique de la société dans laquelle la famille vit, et cette découverte rétroagit sur les représentations et la connaissance qu'il peut avoir de son univers familial. L'exploration de l'univers extrafamilial contribue à lui permettre de pressentir, voire de commencer à penser, l'existence d'une spécificité de « sa » famille et de ses appartenances de base, de ses appartenances « primaires », et donc d'une certaine manière à se dégager de celles-ci.

Mais toute avancée dans l'autonomie a son revers, et, au fur et à mesure que l'enfant latent explore le monde et accroît sa découverte de celui-ci, il multiplie les expériences auxquelles ses parents et sa famille ne sont pas associés, et qui le différencient de cette dernière. La latence est aussi le moment où l'enfant peut commencer à se sentir « étranger » chez lui, où il peut commencer à sentir des conflits d'appartenance, des conflits de loyauté entre ses différentes appartenances et liens. L'enfant latent gagne de plus en plus le droit de « faire seul », mais, du même coup, il accroît un certain sentiment de solitude.

4. Limites et évolution

Nous avons beaucoup insisté dans notre réflexion sur la manière dont l'enfant latent rencontrait, devait rencontrer, explorer et s'approprier l'univers extrafamilial, et comment celui-ci modifiait progressivement ses propres perceptions et conceptions de ses parents, de sa famille et de lui-même. L'insistance mise sur cette

dimension ne doit pas faire oublier l'immaturité encore bien évidente de l'enfant latent, et la dépendance dans laquelle il continue d'être par rapport à son univers familial.

La découverte du monde extrafamilial, l'affrontement à l'école et à ses difficultés propres, mais aussi aux autres enfants et aux rivalités et conflits qui ne manquent pas d'être générés par les moments de vie collective, ne sont pas de tout repos et ne s'effectuent pas sans douleur, angoisse, renoncement et deuils. L'enfant latent a besoin, pour partir à la « conquête » du monde « social », des appuis qu'il trouve au sein de la famille et des occasions de se ressourcer qu'elle lui offre. Le développement et la croissance ne sont pas des processus linéaires, ils ne s'effectuent pas dans un continuum sans à-coup ; au contraire, l'intégration subjective qu'ils impliquent requiert des processus de va-et-vient, d'avancée et de recul ou de retrait. L'enfant latent, « conquérant » à l'école, « régresse » au retour chez lui ; il tente de retrouver la sécurité antérieure, celle du « petit » ; il peut venir se blottir dans le giron paternel ou maternel, venir panser et intégrer les « blessures d'âme » infligées par sa rencontre avec l'altérité du monde extérieur, les blessures narcissiques que la confrontation avec le fait qu'il n'est qu'« un parmi d'autres » a occasionnées. Le monde familial est un monde protégé, un monde dans lequel les parents essaient de faire régner une certaine « justice » ; le monde social n'est pas dépourvu de « justice », mais pas non plus d'« injustices » : les maîtres et maîtresses d'école peuvent avoir, ou semblent avoir, des préférés, les « meilleur(e)s ami(e)s » peuvent se choisir d'autres « meilleur(e)s ami(e)s » et, de toute façon, la vie collective implique des restrictions aux aspirations narcissiques...

C'est aussi dans la qualité de ces « va-et-vient » que l'enfant latent va puiser la force et le courage de « repartir à la conquête » ou « à l'assaut » du socius ainsi que des couples et groupes qui le composent, qu'il va élaborer ses défaites, et digérer ses victoires dans la confrontation avec ceux-ci. Mais l'intégration psychique et l'appropriation subjective qu'elle implique supposent également que le changement soit « choisi » et pas seulement imposé, et le choix subjectif suppose que l'on puisse aussi vérifier que chaque « progrès », chaque conquête, ne fait pas « perdre » les acquis antérieurs ou les positions antérieures. L'enfant latent va donc « vérifier » que ce qu'il a conquis au-dehors, il peut le laisser à la porte de la maison, et « retrouver » ses positions infantiles antérieures (ou l'inverse) ; là encore, les règles de la subjectivité et de l'appropriation subjective sont déterminantes.

Au total, la latence apparaît avant tout comme une période dans laquelle les apprentissages, et en particulier les apprentissages sociaux, sont au premier plan. Ils aboutissent à une remise en chantier des représentations familiales mais aussi, dans le même mouvement, de la configuration du surmoi. Celui-ci se modifie en commençant à perdre en partie ce qu'il devait trop aux idiosyncrasies familiales ; il acquiert ou, plutôt, « découvre » des aspects institutionnels et groupaux du surmoi. Au fur et à mesure que l'enfant se développe, ses contenus évoluent, mais la règle, la discrimination de ce qu'on peut faire, dire, représenter, reste la même ; ce qui change, c'est que l'on peut faire plus (ou moins – de nouvelles choses sont interdites), dire plus, représenter plus, en se désorganisant moins. Par de nombreux aspects, la latence apparaît comme une période de plus grand « calme » pulsionnel, qui permet à l'enfant de se préparer à l'épreuve suivante, celle de l'abord de la crise d'adolescence, que nous allons aborder maintenant.

CHAPITRE 11
L'adolescence et ses crises

1. Maturation biologique et sexuelle

L'élément déterminant de l'entrée dans l'adolescence est la puberté, c'est-à-dire la maturation biologique et sexuelle. La maturation « sexuelle » est précédée d'une série de premières modifications corporelles et psychiques (prépubertaires) qui « annoncent » les modifications « sexuelles » de l'adolescence, qui sont les modifications significatives et « décisives ». La puberté, événement qui concerne le corps, va produire l'impératif d'un remaniement de l'ensemble de l'économie psychique du « pubertaire », comme P. Gutton l'appelle. Ce remaniement produit une « crise » qui affecte tous les secteurs de la vie relationnelle et intrapsychique ; c'est cette crise que l'on appelle l'adolescence.

L'adolescence va donc affecter aussi bien le rapport du pubertaire à son corps, en pleine modification et même en pleine « mutation », que son rapport à l'autre, que celui-ci appartienne aux générations précédentes, ou qu'il soit de même génération. Elle va impliquer une transformation de l'image de soi, mais aussi de la représentation que l'adolescent se fait de la société et du monde en général. Aucun secteur de la vie psychique ne sera épargné par cette espèce de « déferlante » qui vient secouer l'ensemble de l'économie psychique.

J'insisterais d'abord dans ce chapitre sur les aspects psychiques et relationnels de l'adolescence, non seulement parce qu'ils concernent en premier lieu le clinicien, mais aussi parce qu'ils sont intrinsèquement décisifs. Il est bien évident que l'on ne peut négliger l'impact des transformations corporelles, et du remaniement qu'elles impliquent, dans la vie du pubertaire, mais ce remaniement ne prend l'ampleur d'une « crise » que dans la mesure où il implique une transformation « sexuelle », c'est-à-dire une mutation du rapport du pubertaire au plaisir et à la sexualité. L'enfant latent, lui aussi, se modifie corporellement, il grandit régulièrement et parfois de manière significativement

rapide ; lui aussi doit intégrer cette évolution dans son rapport à lui-même. Mais, la plupart du temps, les transformations psychiques que cette modification du corps implique ne sont pas comparables avec le travail psychique auquel le pubertaire se trouve être confronté. Ce n'est pas la modification de la taille, ni la prise de poids qui sont décisives, ce sont la maturation sexuelle et les effets de celle-ci sur l'organisation psychique, car la maturation sexuelle du pubertaire impose des changements qui ne sont pas seulement « quantitatifs », mais aussi « qualitatifs ».

Ce qui est central et « fondamental » dans les transformations affectant le pubertaire, ce sont la maturation de « l'appareil sexuel » primaire et secondaire, et la capacité nouvelle qu'elle rend possible : la potentialité à éprouver l'orgasme, la décharge sexuelle « spécifique ». L'orgasme, ou plutôt ce que je préfère appeler « la capacité orgasmique » pour désigner plutôt le potentiel et ses effets que la réalité du fait, produit un éprouvé de plaisir nouveau qui modifie l'ensemble du rapport de l'adolescent au plaisir, qui modifie l'ensemble des plaisirs de l'adolescent, par son existence même. L'orgasme n'affecte pas seulement, en effet, le rapport au plaisir « sexuel », il affecte l'ensemble du rapport au plaisir, il affecte l'ensemble de la vie psychique par son impact sur le principe de plaisir qui la gouverne. Avec la capacité orgasmique, un nouveau type d'éprouvé, la « jouissance sexuelle », fait son entrée sur la scène du plaisir et des conflits des modalités du plaisir. Cela me conduit à proposer un « modèle » de l'adolescence et de ses enjeux fondamentaux, modèle qu'il est nécessaire que j'expose avant de présenter les principales caractéristiques du monde relationnel de l'adolescent, et qui me conduit aussi à reprendre certains aspects du développement antérieur que j'avais laissé de côté ou que je n'avais qu'effleuré dans mes chapitres précédents.

2. Un modèle de l'adolescence

Si on considère que l'aspect déterminant de la puberté, que l'expérience subjective centrale de l'adolescence, est l'impact de la maturation physiologique de la sexualité sur l'ensemble de l'économie psychique, il faut alors considérer l'adolescence comme le travail de réorganisation de la psyché que cette expérience subjective implique. Il y a donc une spécificité du « travail de l'adolescence » qu'il s'agit de cerner.

La survenue de l'orgasme, ou de la potentialité orgasmique, bouleverse le rapport du pubertaire au plaisir, bouleverse « le sens du plaisir », sa définition même, du fait de la force et de l'intensité des excitations et mouvements pulsionnels engagés, mais aussi et surtout

« qualitativement », dans la mesure où elle propose un nouveau type de décharge pulsionnelle qualitativement différent des modalités infantiles. Cette différence « qualitative » pose tout le problème de la différence sexualité adulte/sexualité infantile ou, autrement dit, sexualité génitale/sexualité prégénitale.

La différence sexualité adulte/sexualité infantile est le parent pauvre de la théorie et de l'analyse des différences qui structurent l'identité humaine, à l'inverse de la différence des sexes et de la différence de génération qui sont, elles, souvent au centre du travail de réflexion clinique. Elle est pourtant aussi essentielle que les deux autres ; elle surgit de l'effet de la différence de génération sur le sexuel, elle incarne la concrétude de cet effet, sa matérialisation dans l'expérience. Mais elle est source de résistances affectives et épistémologiques, sans doute liées au refoulement du sexuel spécifiquement infantile imposé par la survenue des expériences de l'adolescence, et par le travail de réorganisation après coup qu'elles impliquent. L'adolescence modifie le sens des expériences sexuelles infantiles, elle leur confère une valeur potentiellement « incestueuse ».

La potentialité orgasmique bouleverse les données non seulement quantitatives, mais aussi qualitatives de la régulation pulsionnelle et, partant, de la régulation psychique. Elle ouvre la possibilité d'un nouveau type d'issue et de décharge pulsionnelle, offre de nouvelles « solutions » aux poussées pulsionnelles. C'est aussi pourquoi, au-delà de l'orgasme lui-même, mais pas indépendamment de lui, je préfère évoquer la « potentialité » orgasmique, c'est-à-dire l'ouverture d'un nouveau type d'issues pulsionnelles, qui bouleverse la « donne » de celles-ci, qu'il y ait orgasme effectif ou pas.

Cette expérience subjective centrale est de nature d'abord potentiellement traumatique. Elle précipite une mise en crise de la psyché de l'adolescent, qui est alors confronté à l'exigence de travail psychique de réorganisation ainsi impliqué ; c'est celle qui caractérise le « travail de l'adolescence ». Elle est potentiellement traumatique dans la mesure où elle survient sur le fond d'une organisation psychique spécifiquement structurée en fonction du manque d'une décharge sexuelle spécifique. L'une des caractéristiques majeures de la sexualité infantile, l'une des causes de ses impasses est, en effet, qu'elle ne possède pas de mode de décharge spécifique. L'enfant va donc devoir s'organiser en fonction de cette absence et des effets qu'elle implique sur la gestion de son économie libidinale et affective. La puberté, et la maturation sexuelle qu'elle implique, offre au « pubertaire » une « solution » aux impasses que l'enfant avait dû traiter, mais du coup elle bouleverse l'organisation psychique que ce

dernier avait mise en place. Elle provoque ainsi une crise de l'ensemble de la régulation psychique et de la « gestion » des solutions proposées aux poussées pulsionnelles, ainsi qu'une crise des modalités de la symbolisation, de son économie d'ensemble. La crise adolescente de l'organisation psychique provoque un « malaise » dans la symbolisation, qui va interroger les paradoxes constitutifs de celle-ci et impliquer une « révolution » dans le rapport subjectif que le sujet entretient avec l'activité représentative et symbolisante.

Pour saisir les modalités et les enjeux de cette crise de la symbolisation, il est nécessaire de revenir sur les caractéristiques du tableau psychique de l'enfant latent, sur le fond duquel elle survient et qu'elle désorganise, c'est-à-dire ce qui lui confère un caractère d'abord potentiellement traumatique.

3. Sexualité infantile et symbolisation

Pour bien comprendre la « révolution » qui va affecter la symbolisation à l'adolescence, il est nécessaire de rappeler quelques données à partir desquelles celle-ci va s'opérer, ce qui revient à rappeler et préciser les caractéristiques de la symbolisation infantile et la fonction qu'elles occupent dans la sexualité infantile, en rapport avec le caractère inachevé, et fondamentalement insatisfaisant[1], de celle-ci.

L'enfant œdipien peut en effet aimer ou haïr affectivement et même « sexuellement », mais il ne peut trouver de satisfaction véritable, pleine et entière dans l'exercice de sa « sexualité ». Celle-ci reste, pour des raisons d'immaturation physiologique et pulsionnelle, fondamentalement inaccomplie. Cet inachèvement est sans doute la caractéristique la plus fondamentale de la psyché infantile, celle qui donne tout son sens à l'idée d'une « prématuration », celle qui spécifie la sexualité infantile. Le plaisir de la décharge, du mouvement de décharge, les modes de décharge eux-mêmes ne s'accompagnent pas de satisfaction sexuelle véritable faute d'un mode de décharge « sexuel » spécifique. C'est à cet inachèvement que l'interdit de l'inceste et l'organisation œdipienne proposent des réponses ; c'est cette impossibilité que l'interdit tente de relayer et d'humaniser, de rendre interdit, intersubjectif. L'environnement et l'enfant, chacun à leur manière, vont tenter de s'organiser en fonction de ce caractère inachevé, donc insatisfaisant et potentiellement « traumatique »

1. De plus en plus tout au long de son œuvre et de manière de plus en plus nette dans ses derniers écrits (Freud, 1938a), Freud insiste sur cette caractéristique, dont il fait l'indicateur majeur de la différence entre la sexualité et les autoérotismes infantiles et la sexualité génitale.

du fait de cet inachèvement, de la sexualité infantile et des autoérotismes qui la manifestent et l'expriment.

Ce qui ne peut s'accomplir – et se décharger dans l'accomplissement – va venir menacer de débordement l'organisation et l'économie psychique de l'enfant œdipien. L'encadrement familial – c'est son rôle – va tenter de maintenir l'intensité des excitations auxquelles l'enfant est confronté, à un niveau qu'il peut « contenir » et gérer en fonction de ses capacités ; il assure ou doit assurer une fonction « pare-excitante ».

Cette fonction pare-quantité et la relation dans laquelle elle s'est exercée vont être intériorisées sous la forme d'une fonction autorégulatrice interne, le surmoi, chargé, à l'aide de différents « signaux d'alarme », d'aider à réfréner la tendance de la psyché à se décharger par l'acte, suivant l'identité de perception, et ainsi de se mettre en impasse, pour lui permettre de se contenter de l'identité de pensée, qui représente la meilleure issue. Le surmoi est chargé de promouvoir la symbolisation, l'issue trouvée par et dans la représentation, mais en l'opposant alors à l'acte « décharge ». Acte et représentation sont ainsi placés en antagonisme ; ou, plutôt, acte-décharge et acte de parole, ou acte de pensée, sont différenciés et placés en alternative. Le surmoi post-œdipien instaure de la sorte un système de régulation de l'économie libidinale, selon lequel ce que l'enfant ne peut accomplir effectivement, sans se désorganiser, il doit se contenter de le réaliser « simplement » en pensée et/ou en parole – nous avons vu cela en détail au chapitre précédent. Ce qu'il ne peut accomplir en acte, l'enfant va devoir se contenter de l'accomplir dans et par la seule représentation. Cela suppose que la représentation soit découverte et instaurée comme nouveau but pulsionnel. La période dite de latence est fondamentalement caractérisée par la mise en place de cette fonction régulatrice qui restreint, mais diversifie considérablement, le domaine et les modalités d'accomplissement pulsionnel.

L'enfant latent va donc devoir symboliser ce qu'il ne peut accomplir de ses potentialités et de celles de sa vie pulsionnelle. Il symbolise ce qu'il ne peut accomplir, ce qui ne peut que rester potentiel ; il le symbolise pour le différer, pour entretenir l'espoir d'une réalisation future, et ainsi pouvoir y renoncer dans le présent, il le symbolise pour le mettre en latence. Il va donc s'organiser contre la tendance de la revendication pulsionnelle à l'identité de perception, s'organiser contre la décharge pulsionnelle, dans la mesure où celle-ci est traumatique pour son économie psychique. Elle est traumatique car, si elle peut procurer un certain plaisir, elle ne s'accompagne pas de satisfaction effective.

Ainsi les enfants latents joueront-ils « pour de rire », sans faire vraiment en acte, dans un simple simulacre de l'acte valant pour représentation de la chose inaccomplie. Le coup-de-poing d'un jeu de bagarre ne sera qu'esquissé, que mimé, il n'atteindra jamais sa cible, ce qui ne serait « pas de jeu ». À la différence des jeux de l'adolescence où le coup-de-poing de jeu sera effectivement donné, même s'il n'est pas donné à pleine puissance.

C'est cette organisation « antipulsionnelle », ou de répression de la décharge pulsionnelle, qui va être « révolutionnée » et renversée par la poussée pulsionnelle de la crise d'adolescence.

4. L'énigme en latence

4.1. Crise des « solutions » de la latence

La potentialité orgasmique acquise à l'adolescence va venir remettre en cause l'équilibre ainsi obtenu, elle va venir réinterroger la pertinence des règles du surmoi post-œdipien, la pertinence des « solutions » qu'il a instauré, la cohérence des alliances qu'il a pu nouer avec le moi infantile. En effet, les rapports moi-surmoi ne se maintenaient pendant l'enfance qu'en fonction de la menace que la détresse, ressentie face à la revendication pulsionnelle, faisait encourir à l'enfant, qu'en fonction de l'immaturité des voies de décharge pulsionnelle. Du moins cette alliance s'est-elle particulièrement nouée autour de cet enjeu.

L'émergence d'une nouvelle issue potentielle aux poussées pulsionnelles réveille l'espoir de pouvoir trouver, grâce à l'existence d'une voie de satisfaction spécifique du sexuel, une manière de contourner le renoncement à l'identité de perception. La psyché va-t-elle pouvoir accomplir maintenant ce à quoi elle avait dû renoncer pour sa survie et sa structuration ? Ce qui était resté en souffrance, en reste, dans l'économie psychoaffective de l'enfant, va-t-il pouvoir trouver maintenant un destin plus satisfaisant ? À quel prix ? Ce dont l'enfant avait commencé à faire le deuil, va-t-il pouvoir être réactivé et remis à l'ordre du jour ? Quels seront les nouveaux fondements du deuil à accomplir malgré tout ? Autrement dit, c'est l'ensemble des « solutions » trouvées dans l'enfance qui est remis en cause, et pas sans raison.

L'enjeu de ces questions, formulées ou implicites dans le « fait » adolescent, va donc mettre en crise les « solutions » que l'enfance et la latence avaient proposées aux poussées pulsionnelles, disqualifier celles-ci, maintenant potentiellement « dépassables ». L'organisation psychique antérieurement mise en place est désorganisée par la

nouvelle « donne ». Si, pendant l'enfance, la maturation psycho-affective anticipait sur la maturation pulsionnelle, cette fois l'adolescent se trouve être confronté à la conjoncture inverse : la maturation corporelle et pulsionnelle anticipe sur le développement psycho-affectif et son organisation symbolisante.

4.2. Révélation de l'énigme de la sexualité adulte

La sexualité humaine comporte deux temps : d'une part elle est marquée par un décalage producteur d'une source de tension ; d'autre part elle est prise entre un avant-coup prématuré, qui anticipe sur le développement corporel, et un après-coup retard qui met en crise la maturation psychique. Ce décalage est à l'origine de la relative dysharmonie qui marque la période de l'adolescence, ainsi que du malaise *dans* la symbolisation et *à l'égard* de la symbolisation qui affecte l'adolescence.

Cependant, et c'est sur ce fond que l'élaboration psychique et la métabolisation de l'expérience orgasmique vont pouvoir s'effectuer, la découverte de l'expérience orgasmique vient aussi lever l'énigme de la sexualité adulte conservée en souffrance au sein de la sexualité infantile.

Comme J. Laplanche l'a fortement souligné à la suite de S. Ferenczi, la relation adulte-enfant est affectée d'un malentendu essentiel, d'une « confusion » structurale concernant les signifiants et données de la sexualité. L'enfant perçoit que l'effort de théorisation et d'intégration qu'il peut produire, pour tenter de rendre compte et de signifier les mystères et complexités de ce à quoi il se trouve être confronté par rapport la sexualité adulte, en particulier celle de ses parents, est affecté d'une insuffisance essentielle, que la théorie de la castration ne peut que tenter d'approcher. Il pressent que quelque chose lui échappe dans les énigmes de la sexualité adulte, et dans la nature des excitations sexuelles, auxquelles il est confronté à partir des messages qui proviennent des adultes.

La communication et les messages des adultes sont en effet marqués intrinsèquement, et souvent bien sûr inconsciemment, d'un rapport différent au plaisir et au sexuel, différence précisément liée à l'expérience de leur sexualité génitale et aux effets qu'elle implique sur l'ensemble de leur fonctionnement psychique. Cette marque s'étend, en effet, bien au-delà du seul domaine de l'échange sexuel lui-même, ou à propos du sexuel : elle infiltre tout le rapport de l'adulte au plaisir et à la symbolisation, tout son rapport au monde. C'est ce que S. Ferenczi a appelé le « langage de la passion », qui

signale une intensité et des particularités différentes du « langage de la tendresse » qui, lui, paraît spécifier plus le monde de l'enfance.

Je ne sais pas si les notions proposées par Ferenczi sont les mieux choisies pour préciser où passe la différence[1] ; j'aurais personnellement tendance à penser que les deux langages coexistent aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte et que c'est leur proportion qui est déterminante. Mais l'essentiel dans ce qu'il avance tient dans le repérage de l'existence d'un écart dans les modes de décharge de la pulsion, dans les modes d'accomplissement de celle-ci entre les adultes et les enfants. Plus que « passion » ou « tendresse », la question passerait plutôt par la question du mode de plaisir potentiel ou possible. Ce qui me semble rester pertinent dans la conception de ces auteurs cités concerne la trace et l'impact de l'expérience orgasmique dans le rapport au monde. C'est cela, me semble-t-il, que Ferenczi cherche à désigner par « langage de la passion » – c'est du moins ainsi que je le comprends.

L'important serait alors que la présence de signes de l'impact de la sexualité adulte, dans les communications et échanges avec les adultes, va être pour l'enfant la source de confrontations avec des données énigmatiques. D'un côté, elles sont signifiantes du fait de leur importance dans la relation, mais, de l'autre, elles sont énigmatiques pour lui, compte tenu de ses moyens psychiques et de son immaturité. Le caractère énigmatique de ces signifiants – ils supposent une expérience subjective vécue que l'enfant ne possède pas, ne peut pas posséder – est à la fois perçu et masqué. C'est là la nature du malentendu : il est signifié dans les coordonnées de la sexualité infantile et, en même temps, il échappe à celle-ci et l'enfant le pressent.

Observation 1

Une plaisanterie pourra porter sur l'enjeu métaphorique d'une « banane » mangée par l'un des convives lors d'un repas, enfants comme adultes pourront rire face au sens « sexuel » que le fruit peut implicitement prendre, et tout semblera se passer comme si enfants et adultes se « comprenaient » en faisant de la banane un signifiant du sexe masculin. Cependant, en même temps, un malentendu s'installe dans la mesure où la « banane » sexuelle de l'enfant ne « s'épluche » pas de la même manière que celle de l'adulte. Le sens métaphorique de « l'épluchage » de la banane pour l'adulte contient un sens énigmatique pour l'enfant, qui sait ce qu'est l'épluchage d'une banane, mais ne saurait plus que pressentir ce

1. Il n'est pas dit qu'il n'y a pas de « passion » dans l'enfance, et que la tendresse soit l'apanage de celui-ci ; on pourrait même parfois prétendre l'inverse.

que cela peut signifier au sein de la sexualité adulte. Une subtile différence passe entre la « banane » de l'enfance et la « banane » de l'adulte, subtile différence qui se marquera, par exemple, par un certain sourire complice des adultes. Ce sourire prendra valeur énigmatique pour l'enfant : l'enfant « comprend », croit comprendre, mais il comprend aussi qu'il y a quelque chose qu'il ne « comprend » pas, qu'il ne saurait comprendre dans cet échange de sourires complices.

L'effort théorique de l'enfant tentera à la fois de rendre compte et de masquer cet élément énigmatique ; il s'organisera sur cette base, pour tenter de réduire cet inconnu excitant. L'énigme va rester ainsi en latence dans la psyché, mais elle sera simultanément affectée d'un potentiel d'excitation, qui sera, lui aussi, réprimé et mis en latence[1].

Au moment de l'adolescence, l'émergence des expériences et sensations corporelles possédant une « potentialité orgasmique » agira comme une espèce de réveil et de « révélation après-coup » du secret de l'énigme restée en latence durant l'enfance. C'est là le sens le plus fondamental de la notion psychanalytique d'« après-coup », quelque chose, déjà là depuis longtemps, « s'éclaire », ou change de sens, en fonction d'une expérience plus tardive.

5. « Révélation » du secret du monde

Cette expérience prototypique affecte l'ensemble de l'organisation de la pensée de l'adolescent, son rapport à la symbolisation et, au-delà, son rapport au monde lui-même. C'est, en effet, l'ensemble du rapport à soi et au monde qui va être marqué par le modèle de la révélation d'un secret caché dans les apparences, au-delà du manifeste.

5.1. Modification du rapport à soi

Tout d'abord, le rapport de familiarité que l'enfant entretient avec son corps propre va être modifié par un ensemble de manifestations qui commencent par lui apparaître d'autant plus potentiellement étranges qu'il ne les contrôle pas, ou fort mal. Le corps semble révéler une nature autre, comme si passait à la surface, comme si se manifestait quelque propriété, quelque caractéristique, qu'il avait tenu secrète jusqu'alors. Les modifications corporelles de l'adolescent, l'apparition des signes de la puberté en particulier, se manifestent à

1. Cette mise en latence est une mise en reste ; elle devra être symbolisée comme reste inévitable de la symbolisation, qui devra alors symboliser qu'elle a une limite en même temps qu'elle devra symboliser son rapport à ce reste.

la fois « en lui » et « par lui » ; en même temps, elles s'imposent à l'adolescent, indépendamment de sa propre volonté. Elles semblent traduire et trahir une forme d'« inconscient » corporel, des forces, cachées jusqu'alors, qui « se montrent » et montrent à tous une identité, des désirs, ou des aspirations tenues secrètes.

L'adolescent va devoir « apprivoiser » ces modifications corporelles, il va devoir les intégrer dans son schème corporel identitaire, effectuer un va-et-vient entre son image interne de lui et ce que les miroirs et les yeux des autres commencent à lui renvoyer maintenant. Ce hiatus, cet écart entre image interne et image « externe », ou lui revenant de l'extérieur, est à l'origine d'une tension identitaire qui se traduit souvent, dans les premiers temps de la puberté, par une forme de « gaucherie ». Le pubertaire a de la difficulté à habiter pleinement ce « nouveau » corps et ces nouveaux « attributs » corporels. C'est pourquoi il « surveille » de l'œil son corps et son évolution, « se » regarde et regarde ce corps à la fois familier et étranger, ce corps en « devenir » de ce qu'il sera à son tour. Il « se » regarde aussi et cherche à se sentir et à se trouver dans les yeux, les affects et les mots des autres, à l'affût de l'image qu'il donne ou que les autres lui renvoient de lui. Comme l'enfant œdipien, et plus encore que l'enfant latent, l'adolescent « questionne » les autres à travers son comportement, qui doit être entendu comme un composé d'affirmation et d'interrogation sur soi. L'adolescent « se » cherche, il se cherche autant dans l'exploration de soi et des nouvelles limites que la puberté lui impose de découvrir, que dans les autres et l'effet qu'il produit sur ceux-ci, et dans lequel il croit trouver un reflet de lui.

5.2. Modification du rapport au monde

Mais l'effet de « révélation » de la potentialité orgasmique ne se limite pas à la relation de l'adolescent à lui-même, elle touche aussi sa relation aux autres, à ses parents et aux adultes en général. Ceux-ci sont-ils semblables à ce qu'ils se donnent pour être, sont-ils semblables à ce que l'idéalisation infantile avait cru qu'ils étaient ? C'est aussi l'époque où les « secrets de famille » prennent leur valeur et leur importance, l'époque où ils se « révèlent », en rapport précisément avec les enjeux de la levée de l'énigme sur le secret du plaisir orgasmique. L'image, l'apparence que les adultes donnent d'eux, l'image que l'enfant se faisait d'eux, est-elle le « vrai » d'eux, ou bien n'est-elle que façade, que « poudre aux yeux » ? Une large partie de la manière dont les adolescents peuvent « contester », critiquer ou « attaquer » les adultes et le monde adulte, se compose d'un mélange,

en quantité variable selon les cas, d'affirmation agressive de soi, de déception devant les désidéalisations multiples que la « révélation » sexuelle implique, et d'interrogation sur ce qui va tenir le choc, ce qui va résister à l'examen critique, au « meurtre symbolique qu'il implique, ou ce qui, au contraire, ne va se révéler qu'effet d'apparence, que fallacieux, leurre pour les « petits ».

Le phénomène dit des « idoles des jeunes » est à cet égard exemplaire.

5.2.1. Phénomène des « idoles des jeunes »

D'un côté, l'investissement de certaines figures sociales emblématiques est maximal, l'engagement pulsionnel est complet, s'accomplit – ce qu'on désigne par l'idéalisation et qui n'est ici que le signe que la pulsion se « lâche » et s'investit sur le mode de la recherche de l'identité de perception – ; une véritable « passion » se développe ainsi pour l'idole.

D'un autre côté, l'idole, et ce qu'elle signifie, est mise à l'épreuve, traquée dans les signes de ses secrets, de sa vie privée – voir le contenu des revues spécialisées des adolescents ou adolescentes, *20 ans*, *Jeune et Jolie*, etc. –, comme pour vérifier qu'elle « assure », qu'elle est digne de l'investissement qu'on lui porte, qu'elle résiste à l'examen du caché, du secret, à la levée de l'énigme de ses secrets. Elle peut être alors déboulonnée, déboutée de la position qui lui avait été conférée, désinvestie, éventuellement méprisée et haïe, pour avoir été trompeuse et illusoire. L'idéalisation cache une interrogation sur la valeur de l'objet, sur la valeur de ce qu'il « représente » et met en forme, de ce qu'il symbolise, du symbole qu'il « incarne », elle cache une interrogation sur la nature de la symbolisation elle-même, sur sa teneur exacte. Nous reviendrons plus loin sur la question des mutations de la symbolisation à l'adolescence, mais, avant d'en arriver là, continuons notre relevé des effets de la levée du secret du plaisir dans le rapport de l'adolescent au socius et au monde.

5.2.2. Politilisation de l'adolescent

Nous avons vu que l'enfant latent commençait l'exploration et la découverte du socius et des institutions sociales ; l'adolescent, bien sûr, poursuit cette investigation, mais commence à aller au-delà du constat des choses de la société, là encore au-delà des apparences. Il commence à élaborer des « théories » du social, des « théories » du « politique ». En effet, le monde politique lui aussi sera « déniaisé » petit à petit, et l'adolescent pourra commencer à penser l'écart entre le manifeste de celui-ci et l'existence de motifs et de forces qui agissent dans les secrets de couloirs, les alcôves du pouvoir. L'adolescent

« théorise » la « découverte » ou la « révélation » du « pouvoir » de l'argent, celle de l'effet du « capitalisme international », des groupes d'influences, des « francs-maçons », etc. « Temps des secrets », comme l'écrit Pagnol, mais surtout temps de levée des secrets : l'adolescent se « politise », il tente de passer « sous » l'apparence des choses pour atteindre leur essence ou ce qu'il croit telle.

5.2.3. Au-delà des apparences

Le modèle que nous essayons de décrire, celui de la levée d'une énigme concernant le secret du sexuel, ne concerne pas que le rapport de l'adolescent au monde « animé », il s'étend, au-delà de celui-ci, au rapport au monde matériel lui-même. L'adolescent peut commencer à penser et investir l'existence de forces cachées qui gouvernent le monde de manière non immédiatement perceptive, l'existence de principes explicatifs invisibles, imperceptibles. C'est d'ailleurs à partir de cette problématique que l'ensemble des acquisitions de l'adolescent va être centré, ou sur laquelle elle bute et entraîne les inhibitions à apprendre et à comprendre. L'adolescent sera à même de commencer à investir et à donner sens à l'idée que le monde visible, fait de matière continue, n'est qu'une illusion des sens, qu'il cache la réalité d'une nature en fait microscopiquement atomique et discontinue. L'apparence sensorielle et perceptive est trompeuse, elle cache une autre vérité que « l'initié » peut connaître. Cette base fournira le point de départ de l'apprentissage de la physique, celui de la chimie et de toutes les approches « scientifiques » de la maturité. L'enfant latent a sans doute toutes les potentialités « cognitives » pour comprendre tout cela ; il ne peut l'investir « en vérité » au sein de son économie psychique.

Il est inutile de chercher à apprendre la philosophie ou la psychologie des profondeurs aux enfants ; ils peuvent sans doute comprendre en partie cette démarche, mais pas investir véritablement la réflexion sur la complexité du rapport à la vérité ou la théorie de « l'inconscient » de la psychanalyse. L'investissement de la pensée réflexive suppose ce passage par la pensée du non-manifeste, de l'invisible, de l'inconnu caché ; la réflexion suppose ce passage par la reconnaissance d'un inconnu énigmatique caché dans le secret des apparences.

5.2.4. L'adolescent mystique

L'intérêt pour l'investigation des forces cachées ne prend pas toujours la forme de l'exploration « scientifique » et « rationnelle », elle peut aussi emprunter des formes moins « secondarisées ».

Le sentiment religieux, quand il existe, peut alors changer de sens et s'enrichir de toute la complexité du rapport de l'adolescent au non-perceptible et aux forces et présences invisibles. On n'imagine pas un enfant « mystique », mais ce n'est plus vrai de l'adolescent. La croyance de l'enfant est un effet plus ou moins direct de celle qui lui a été transmise par son milieu familial ; celle de l'adolescent est transfigurée par la révolution interne qui affecte sa subjectivité et son rapport au monde.

L'enfant œdipien et l'enfant latent connaissaient et pouvaient investir la magie ; l'adolescent peut investir l'occulte, et il n'est pas rare alors de voir les adolescents, même si ce n'est pas à proprement parler aussi « typique » que ce que j'ai pu décrire plus haut, intéressés par le spiritisme, l'occultisme, la parapsychologie. Les adolescents peuvent se réunir pour « faire tourner les tables » ou interroger les esprits, se confronter en groupe aux forces « telluriques ».

6. Malaise dans la symbolisation

Le rapport de l'adolescent à l'univers de la symbolisation comporte un malaise et une interrogation sur sa véritable nature. La représentation, l'image représentative dit-elle le vrai de la chose ou n'est-elle qu'imaginaire, que fallacieux, que leurre pour les petits, les non-initiés ? Ou, pour le dire dans le langage des adolescents de notre temps, l'image, la représentation, « assure »-t-elle, ou « craint »-elle ?

Le registre de l'identité de pensée est menacé par la poussée de la pulsion et la tentation du recours à l'identité de perception – la chose, le symbole est-il semblable à lui-même, à ce qu'il se donne pour être ? L'adolescent interroge, en acte, la teneur des symboles et des représentations, ceux et celles dont se parent les objets. La pulsion ne peut être véritablement liée et organisée que par ce qui, dans l'univers des symboles, lui résiste et la contient, ce qui résiste à la mise à l'épreuve ordalique de sa consistance.

De même qu'au sein de l'organisation psychique, la question est posée de savoir si l'organisation représentative latente va « résister » à la poussée pulsionnelle de l'adolescence, de même l'adolescent interroge, au-dehors, dans les signifiants sociaux et intersubjectifs, le degré de résistance de ceux-ci. La topique interne s'externalise et se trame dans la vie de groupe et les relations interhumaines.

C'est pourquoi le langage adolescent obéit à la même dynamique, draine les mêmes enjeux : certaines expressions, certains mots, sont ainsi passionnellement idolâtrés ; ils deviennent emblématiques,

chargés de porter le poids de l'engagement pulsionnel débridé, chargés de dire l'intensité et les enjeux de cet engagement. Mais ils sont aussi interrogés dans cette fonction, à travers cette fonction et, avec eux, la nature de la « chose » représentation, de la « chose » langage.

De proche en proche, les paramètres principaux du monde subjectif et relationnel de l'adolescent passeront ainsi au crible de cette mise en crise des images, représentations et théories issues du monde de l'enfance, c'est-à-dire des composantes essentielles de la symbolisation, qui du même coup se trouve être réinterrogée dans sa fonction et même dans sa nature fondamentale.

7. Symbolisation, acte de symbolisation et passage par l'acte

Petit à petit aussi, nous nous rapprochons du point essentiel de ce qu'il est important de souligner sur l'adolescence et ses avatars, qui concerne l'inversion des rapports de l'acte à la symbolisation à l'adolescence.

Comme nous l'avons évoqué, le rapport de l'enfant à la symbolisation oppose la symbolisation, la représentation, à l'acte, à l'agir. L'enfant symbolise ce qu'il ne peut accomplir ; il le symbolise pour l'accomplir quand même, par et dans la symbolisation. Ce rapport va devoir s'inverser dans l'adolescence, du moins en partie, dans ce qu'il a de plus spécifique.

L'adolescent va devoir symboliser ce qu'il peut maintenant accomplir, le symboliser pour ne pas être contraint de l'accomplir. Il va devoir l'accomplir par et dans la symbolisation, pour ne pas être contraint de l'accomplir dans le champ perceptivomoteur, dans le champ de l'agir. Mais cette opération, ce retournement, va provoquer une révolution « immobile » dans le rapport à la symbolisation, à l'activité représentative.

7.1. Introjection pulsionnelle

L'introjection pulsionnelle, à laquelle la poussée sexuelle de l'adolescent le confronte, commande, en effet, de pouvoir être déchargée au sein de la psyché, dans le moi, et ainsi subjectivement liée et appropriée. Bien sûr, cet enjeu n'est pas absent de l'enfance, mais dans celle-ci, les intensités sont plus modérées, nécessairement modérées, du fait de l'immaturité sexuelle, alors que, pendant l'adolescence,

c'est à pleine intensité que cette introjection doit pouvoir s'opérer, dans l'intégralité de sa potentialité.

C'est l'intensité de cette introjection, son acmé, qui « attaque » de l'intérieur l'activité représentative et symbolique, qui réalise une menace de mise à mort de la pensée, de « petite mort ». C'est l'enjeu de la pulsion sexuelle orgasmique, c'est l'enjeu de l'introjection de la capacité orgasmique ; celle-ci suppose la levée de l'opposition de l'acte et de la symbolisation, de l'identité de perception et de l'identité de pensée, elle suppose un dépassement paradoxal de cette opposition. En effet, l'orgasme « transitionnalise » potentiellement l'introjection pulsionnelle, l'opposition de la vie et de la mort (Roussillon, 1999b), du moi et de l'autre, de la pulsion et du narcissisme, de l'individu et de l'espèce.

7.2. Symbolisation et passage par l'acte

Mais cela suppose aussi que l'organisation psychique réalise un « acte interne », un acte interne d'introjection et de « décharge » introjective, qui tient dans le retour de l'identité de pensée, caractérisant le symbole, à une quasi-identité de perception, ou plutôt dépasse cette opposition, la rende caduque, momentanément inopérante. La symbolisation à l'adolescence passe par la mise en acte, suppose un passage « par » l'acte, qui ne soit pas un passage « à » l'acte ; elle est acte de symbolisation, acte interne d'accomplissement pulsionnel, au-delà de l'opposition pensée/acte.

Un tel processus implique un paradoxe qui est sans doute central dans l'adolescence, et que l'on peut tenter de formuler à l'aide d'une double contrainte essentielle.

- D'un côté, l'introjection pulsionnelle suppose que la pulsion puisse se décharger, se mettre en acte ; elle suppose une certaine mise à mort de la pensée et de la représentation, une menace de mise à mort du moi et de la subjectivité.
- D'un autre côté, la continuité de l'économie psychique suppose que l'activité de symbolisation se maintienne dans sa fonction réceptrice et liante, suppose qu'elle survive à la mise à mort, au « meurtre » du moi, par la pulsion.

L'adolescence est cette crise de la survivance de la symbolisation, en regard d'une pulsion à la fois inévitable et potentiellement meurtrière, et donc virtuellement désorganisatrice.

La symbolisation en sortira fondamentalement transformée. Elle en sortira autrement fondée dans sa relation à la pulsion, elle en sortira transformée en un acte de symbolisation, acte de symbolisation

qui transforme le moi et le rapport du moi à l'objet, au fur et à mesure qu'il s'accomplit. L'introjection pulsionnelle dans le moi confère à la symbolisation la valeur d'un « acte de symbolisation ».

C'est bien ces impératifs, ce paradoxe, qu'on va retrouver au cœur des dispositifs soignants de l'adolescent, et qui en rend toujours si périlleuse l'entreprise. Le psychodrame, par exemple, et son type singulier de mise en jeu, dans lequel symbolisation et passage par l'acte sont harmonieusement conjoints, en témoigne, à la différence d'un travail sur le seul fantasme dans lequel la déréalisation est toujours possible.

Dépasser l'opposition de l'acte et de la symbolisation, passer par « l'acte de symbolisation », c'est-à-dire au fond « jouer pour de vrai », jouer pour « le » vrai, symboliser pour vivre et non symboliser à la place de vivre, jouer à la place de vivre, telle serait sans doute la leçon que l'adolescence apporte à la vie psychique. L'adolescent qui veut tenter de se soustraire à l'ensemble de ces questions, qui cherche à s'abstraire des impératifs et contraintes ainsi imposés, recule devant la tâche de la vie, reflue en deçà de la crise adolescente, reflue sur des positions latentes, maintient des points de fixation aux caractéristiques de la sexualité infantile, plutôt qu'il ne les intègre et ne les dialectise dans la sexualité adulte.

7.3. Travail d'adolescence : de nécessaires allers-retours

Bien sûr, cette révolution ne pourra s'effectuer d'un coup, elle sera marquée par un jeu d'inévitables aller-retours, dans la dialectique desquels la désidéalisation de la sexualité adulte va pouvoir s'accomplir. L'apprivoisement des intensités orgasmiques sera progressif, il devra petit à petit s'intriquer aux coordonnées de la vie affective, s'éprouver dans la « survie » des objets, tant internes qu'externes, refonder ainsi la reconnaissance de leur altérité comme autre-sujet. Bien sûr, il faudra que l'adolescent apprenne à en rabattre sur les idéaux renouvelés, qu'il apprenne à départir de nouveau, parmi les formes infantiles de satisfaction, celles qui peuvent maintenant trouver leur accomplissement effectif de celles qui doivent continuer de rester sous le boisseau. Il faudra réorganiser le surmoi et ses modes d'action. Mais, quelle que soit l'intensité des allers-retours impliqués par le travail de l'adolescence, quelles que soient les difficultés alors rencontrées, la confrontation à et la traversée de l'expérience identitaire centrale de l'adolescence laisseront le sujet à jamais, et dans tous les secteurs de sa vie, transformé et refondé.

8. Désidéalisation du secret de la « scène primitive » et du couple

Nous venons de décrire les enjeux du travail d'adolescence concernant la symbolisation, et le travail psychique imposé à l'adolescent du fait de la modification de son économie sexuelle, les « donnes » premières. Mais l'adolescent va devoir conquérir les potentialités de la puberté, il va devoir s'approprier son « droit de jouissance » et les capacités que sa maturation sexuelle lui procure.

En français, « jouir » signifie aussi « posséder ». Dans le vocabulaire juridique comme dans la vie, avoir la jouissance d'un objet, pouvoir en « jouir », c'est l'avoir à disposition, l'avoir à soi. L'adolescent va devoir conquérir le droit de « jouir de soi », c'est-à-dire de s'appartenir ; il va devoir prendre possession de soi et donc se « reprendre » aux objets parentaux, se dégager de leur influence pour devenir adulte. L'adulte, étymologiquement, est celui qui est parvenu au terme de son développement, celui qui a grandi, celui qui a traversé l'adolescence. Grandir, se développer, se dit *adolescere* en latin ; *adultus* vient de *adolescere* : c'est l'état de celui qui a parcouru l'adolescence.

Comme nous l'avons souligné à différentes reprises dans nos chapitres antérieurs, la dialectique projection/introjection, externalisation/internalisation, qui caractérise le travail psychique d'appropriation subjective, rencontre le fantasme selon lequel ce que l'on conquiert, ce que l'on se donne, est « repris à l'objet », est vécu comme repris à l'objet. La conquête de la sexualité génitale par l'adolescent rencontre aussi cette nécessité : elle va être vécue comme « reprise » à l'objet, reprise au couple parental plus précisément. Pendant l'enfance, la sexualité génitale est en effet l'apanage des adultes et en particulier des adultes référentiels : les parents.

Les premières jouissances spécifiquement sexuelles, la plupart du temps issues de la masturbation adolescente, seront vécues dans un éprouvé de culpabilité, celle-ci étant liée au fait que le plaisir que l'adolescent se « donne », il le ressent comme « repris » à l'objet, comme repris à ses parents. Il n'est pas rare que les parents partagent le même fantasme et soient menacés eux aussi par l'impression que le développement de la sexualité de leur adolescent leur « enlève » quelque chose, les « dépossède ». Les relations familiales et les conquêtes progressives de l'adolescent au sein de celles-ci vont donc être infiltrées par l'impact de ce fantasme et sa mise à l'épreuve au sein de la vie familiale. Il n'est pas rare non plus que les parents vivent les débuts de la sexualité des adolescents comme un « retour-

nement » de situation, et se retrouvent confrontés, face à celle-ci, au même cortège de sentiment qu'ils pouvaient éprouver, enfants, face à la sexualité de leurs propres parents. Là encore, le fantasme dit un certain niveau de « vérité » des échanges et des enjeux qu'ils mobilisent.

Quand tout se passe suffisamment bien, la sexualité des parents « survit » à la conquête adolescente de la sexualité génitale, elle « survit » à ce que celle-ci peut comporter de mise à mort des représentations infantiles de la sexualité. La représentation infantile de la sexualité parentale, ce que nous avons appelé antérieurement, avec Freud, la « scène primitive », est en effet pétrie des représentations infantiles du sexuel, et d'une idéalisation qui porte la trace de l'idéalisation des parents issue du narcissisme infantile. La découverte du plaisir sexuel génital par l'adolescent, la conquête du droit à la jouissance sexuelle, « attaque » l'idéalisation de la sexualité parentale. La découverte progressive de la sexualité génitale par l'adolescent produit un effet de « désidéalisation » de la scène primitive, désidéalisation nécessaire à l'appropriation subjective par l'adolescent de sa propre sexualité.

Plus exactement, l'adolescent va osciller entre une intégration progressive des composantes pulsionnelles de la sexualité infantile, dans laquelle les pulsions prégénitales (orale, anale phallique) vont devoir être réorganisées « sous le primat de la génitalité » (Freud), et le maintien d'une idéalisation infantile qui prend alors la forme du « romantisme » adolescent, et où l'absolu du narcissisme infantile tente de préserver ses droits.

Le va-et-vient de l'adolescent entre des positions « adultes-génitales » et des positions de repli sur des paramètres prégénitaux de l'enfance est tout à fait essentiel à la bonne marche de l'intégration. Celle-ci ne peut s'effectuer que progressivement, que fragment par fragment, que petit à petit, et dans un jeu d'aller-retour de l'infantile à l'adulte. L'intégration est toujours progressive, elle s'effectue toujours avec des mouvements progrédients et régrédients ; ce n'est « ni d'un coup, ni tout de suite ». L'une des tâches particulières de ce travail d'intégration va être l'intrication des deux courants de la vie amoureuse, le courant tendre et le courant sensuel, le courant « sexuel » à proprement parler. Cette intégration va s'effectuer progressivement au sein des premières relations « sexuées » de l'adolescent, celles qui constituent ce qu'on appelle le flirt.

9. Apprivoisement de la sexualité adulte : l'apparence et le vrai en soi

9.1. Masturbation

La masturbation adolescente est la première des formes de la sexualité adolescente. Ses enjeux sont multiples. Nous avons évoqué plus haut la question de l'appropriation de soi ; elle est sûrement toujours à l'arrière-plan de la masturbation, mais elle se mêle à d'autres enjeux, qui sont ceux des différentes formes de l'autoérotisme. Il y a l'enjeu, disons, « exploratoire » : l'adolescent « s'informe » sur ses fantasmes, sur ses sensations, sur les particularités des formes de l'érotisme de son corps. Mais il y a aussi « l'apprivoisement » du plaisir et de la jouissance, leur intégration dans les schèmes et images de soi, au sein de la subjectivité. La masturbation a également une fonction « vérificatrice » : l'adolescent « vérifie » qu'il peut se donner du plaisir, qu'il peut « retrouver » l'expérience de se donner du plaisir. Chez les garçons, en particulier, elle contribue à juguler l'angoisse de castration, permet de « vérifier » l'intégrité corporelle et sexuelle. Elle est aussi « préparatoire » au plaisir à deux. L'expérience de la jouissance orgasmique est toujours assez « bouleversante » pour le moi, à la limite de l'effet traumatique ; elle suppose la mise en acte d'une forme de bisexualité psychique, de dualisme pulsionnel. Elle suppose, en effet, une intrication de motions pulsionnelles passives – la jouissance « vient » quand elle veut – et de motions pulsionnelles actives – elle « vient » si l'adolescent fait ce qu'il faut pour la produire. L'adolescent est à la fois actif et passif, il est à la fois celui qui « donne » le plaisir et celui qui le reçoit, il est « double ». Nous verrons dans le paragraphe suivant que le plaisir sexuel « à deux » doit être aussi progressivement intégré, qu'il est aussi « bouleversant », mais qu'il est, d'une certaine manière, « préparé » par l'apprivoisement de la jouissance sexuelle solitaire.

9.2. Médiatisation de la rencontre sexuée

« Préparé » par la masturbation, mais souvent aussi dialectiquement combiné avec celle-ci, l'adolescent va s'engager progressivement dans la rencontre sexuée avec l'autre, avec un autre « sujet » de désir. Cette rencontre va devoir s'effectuer « seul à seul » avec le partenaire. Elle va mettre à l'épreuve l'adolescent, mettre à l'épreuve sa propre capacité à « survivre » à la sexualité et à son acmé. L'adolescent va devoir modifier sa place au sein de l'organisation du fantasme de la « scène primitive ». C'est pourquoi, souvent, « l'approche » de l'autre sujet

de désir, l'approche du partenaire sexuel, va devoir s'effectuer progressivement, et souvent, pour commencer, à l'aide de « médiation » et de « médiateurs ». Chez les garçons, c'est souvent l'appui sur le groupe « homosexuel » de semblable qui est recherché. Les garçons « draguent » en groupe, en appui sur le groupe, à proximité de celui-ci ; ils approchent les filles en groupe ou en relation étroite avec le groupe. Cet appui groupal n'est pas absent chez les adolescentes, mais celles-ci semblent plutôt choisir un mode d'étayage sur un « double », sur une amie, qui fonctionne comme « double » de soi.

Dans le choix de ces appuis, on retrouve la trace de la bisexualité psychique mais aussi des marqueurs spécifiques. Les garçons s'appuient sur le « même », cherchent dans la relation de même sexe l'étayage qui leur est nécessaire, mais, comme la relation « homosexuelle » les effraie, ils médiatisent celle-ci par le groupe qui éloigne le spectre trop menaçant du rapproché « homosexuel » individuel. Les filles ont moins de crainte face à l'homosexualité, pour des raisons à la fois culturelles – le fond homosexuel des relations sociales est mieux toléré par les filles – et historiques – leur premier objet d'amour, la mère, est du même sexe.

Quand les « appuis » sociaux ont suffisamment joué leur rôle de médiation, les adolescents peuvent alors commencer à se risquer à la rencontre à deux, à la rencontre sexuée avec un ou une partenaire.

9.3. Reprise et transformation de la sexualité infantile

D'une certaine manière, la sexualité au corps à corps avec un objet autre-sujet, avec le partenaire sexuel, « retrouve » l'histoire du corps à corps infantile premier, l'histoire du plaisir au corps à corps premier, celui en particulier de la rencontre première avec la mère. Potentiellement, des « courts-circuits » psychiques peuvent se former et être à l'origine d'inhibition sexuelle, voire de dysfonctionnement de la sexualité génitale. Les éthologues ont pu montrer que, dans le règne animal, du moins chez les grands singes « proches » de l'homme, la sexualité adulte était subordonnée à l'existence d'un maternage précoce, ou du moins d'un commerce au corps à corps précoce. Si le bébé singe n'a pas eu de contacts corporels avec sa mère, et pas non plus de contacts corporels précoces avec des congénères du même âge, il sera inapte à la sexualité adulte. On ne peut extrapoler simplement du singe à l'homme, mais il semble que, malgré les différences considérables qui séparent la sexualité infantile de la sexualité adulte, un lien se noue entre les expériences infantiles « prégénitales » et le développement de la sexualité génitale.

Dans les « jeux sexuels » qui accompagnent l'accomplissement de la sexualité génitale, ce que l'on appelle les « plaisirs préliminaires », on retrouve beaucoup de traces et de témoignages de la sexualité infantile. Nous avons souligné comment le terme de jouissance désignait à la fois le plaisir et la possession. La sexualité est un jeu dans lequel on jouit de l'autre, autant qu'on jouit avec l'autre, de la rencontre de ses désirs ; c'est un jeu dans lequel on se donne et l'on se prend de différentes façons, de plus en plus engageantes. Lors de ces jeux sexuels, en effet, on se « prend » ou l'on se « donne » par la bouche d'abord, par le baiser, souvent première forme de l'engagement sexué, première forme de sexualité. Puis le corps se « donne » à voir, il se dénude et s'offre au regard de l'autre, qui le « prend » des yeux. La main et les caresses prennent ensuite le relais ; elles explorent et prennent possession du corps dénudé de l'autre, le corps se donne à prendre et se saisit de l'autre corps. À travers cette rencontre des corps, s'explorent les plaisirs et désirs mutuels. Bouche, œil, main : ce triptyque définit « l'appareil d'emprise », comme A. Ferrant l'a bien montré, mais il définit aussi les vecteurs prégénitaux préliminaires du plaisir génital. Dans celui-ci également, les corps et les sujets se « donnent » et se « prennent », ils jouissent l'un de l'autre et s'abandonnent l'un à l'autre ; mais cette forme de possession mutuelle est préparée par l'ensemble des plaisirs préliminaires, qui constituent autant de premières formes de « don » et de « prise », de premiers apprivoisements du don et de la prise ultime.

C'est dans l'orgasme lui-même que culmine, en effet, cette problématique. Le moi se laisse alors « prendre » et « posséder » par la pulsion et la décharge pulsionnelle, tout autant qu'il se donne et se laisse prendre par le sexe du partenaire. Il éprouve et se met à l'épreuve de ce que le vocabulaire populaire appelle « la petite mort ». Il faut avoir une confiance suffisante dans la capacité du moi à « survivre » à la « petite mort », pour se laisser aller à l'acmé du plaisir orgastique, suffisamment en confiance dans la capacité du moi à se « reprendre », à se retrouver ensuite. C'est dans la dialectique de « la mise à mort » du moi dans l'orgasme sexuel et de sa « survivance » que les différentes motions pulsionnelles « s'introjectent » et s'intègrent à la subjectivité. Survivance de l'objet au « lâcher » de l'expression pulsionnelle, survivance du moi à la décharge pulsionnelle viennent ainsi prolonger la problématique de la « survivance » dont nous avons suivi la trace depuis ses premières formes dans la différenciation du moi et du non-moi. La sexualité met en scène la perte de soi dans l'autre, dans l'orgasme avec l'autre, le retour aux conditions subjectives premières, et la retrouvaille de soi, la ressource de soi dans l'acmé pulsionnelle.

9.4. Apprivoisement progressif

On conçoit que la sexualité génitale engage potentiellement des enjeux subjectifs considérables, qui peuvent apparaître effrayants pour l'adolescent (mais plus tard pour l'adulte aussi, toutes les fois qu'un état amoureux est présent), et qui nécessitent un apprivoisement progressif, si l'adolescent veut rester affectivement présent dans l'apprentissage de sa sexualité. La conjonction de l'exploration sexuelle et de l'engagement affectif n'est pas chose facile ; elle peut prendre du temps et certains adolescents disjoignent les deux courants.

Certains se précipitent dans une sexualité « génitale » prématurée, qui court-circuite l'intégration affective ; ils réduisent alors la sexualité à une forme de « gymnastique sexuelle » du plaisir, sans engagement affectif véritable. La sexualité peut se développer, mais à condition de ne plus être chargée de sa valeur de don affectif de soi, d'être dégagée de ses enjeux amoureux et tendres.

D'autres, à l'inverse, reculent longtemps le moment de son accomplissement, dans une préservation de soi qui tente de pallier l'urgence d'autres enjeux plus « narcissiques », et préalables à la mise en œuvre d'une véritable sexualité. La sexualité conserve sa valeur de « don », mais c'est précisément pourquoi le sujet s'y refuse, il se préserve. La première réaction semble avoir été longtemps l'apanage des garçons et la seconde celui des filles, mais l'évolution des mœurs des dernières décennies, liée en particulier à l'existence de la contraception et aux idéologies « libertaires », a considérablement atténué cette typologie.

Pour prolonger nos réflexions précédentes sur l'importance du « passage par l'acte » pendant l'adolescence, et faire le lien avec ce que nous venons de développer sur le « passage par l'acte sexuel » à l'adolescence, je dirais que l'important est que le passage par l'acte sexuel de l'adolescent ne lui fasse pas perdre le sens de l'acte lui-même, qu'il s'intègre au sein d'un projet de vie qui le vectorise.

9.5. Les projets de vie

Une autre des caractéristiques de l'accès à la sexualité génitale, celle qui sans doute spécifie le mieux celle-ci, est qu'elle s'accompagne d'une vectorisation de la vie pulsionnelle. La sexualité infantile polymorphe fait flèche de tout bois, elle ne se préoccupe pas essentiellement d'une direction particulière, même si l'organisation phallique de la libido commence à profiler un sens. La réorganisation « sous le

primat de la génitalité » intègre et vectorise les différentes motions prégénitales au sein de la sexualité génitale, et le rapport à la création (à la pro-création) qu'elle implique. Cette modification dans l'économie libidinale s'accompagne d'une modification, qui possède bien sûr des précurseurs dans la vie infantile, du moi et de la subjectivité. Celle-ci commence à s'ordonner de plus en plus à des buts, à des projets qui dépassent le plaisir du moment et s'intègrent dans des projets de vie, relayés par le moi. Elle se vectorise ou doit apprendre à se vectoriser en fonction des désirs et projets auxquels le moi de l'adolescent accorde son primat. Les différentes motions pulsionnelles doivent se soumettre à l'existence de « projets de vie » qui commencent à se profiler, d'une recherche et d'une définition du « sens de la vie ». La question du « sens de la vie » est cruciale à l'adolescence ; elle témoigne de cette quête d'une direction, d'un vecteur, pour ordonner les satisfactions pulsionnelles. Le surmoi adolescent se charge alors d'un nouvel impératif : il ne s'agit plus seulement de délimiter ce que l'on peut penser dire ou faire – l'adolescent a conquis la possibilité de faire ce qu'il ne devait que penser ou dire antérieurement –, mais de choisir de ne réaliser que ce qui participe à l'élaboration d'un projet de vie, à la réalisation des désirs qui l'accompagnent.

S'il est nécessaire pour cela d'accomplir, de réaliser ses potentiels, de ne plus se « châtrer », pour quitter l'état de « petit », il ne faut pas que cet enjeu fondamental prenne le sens d'une contrainte à réaliser ce qui est maintenant possible. Tout autant que l'adolescent doit apprendre à accomplir ce qui lui est maintenant possible, à « s'accomplir » dans ses réalisations, il va aussi devoir apprendre à ne pas réaliser certains de ses désirs potentiellement réalisables pour organiser ses réalisations en fonction de choix.

C'est là que s'ouvre pleinement la catégorie du choix au sein de l'économie adulte. Être capable de faire pour pouvoir choisir éventuellement de ne pas faire, être capable d'accomplir et se contenter de seulement symboliser ce qu'on pourrait réaliser, renoncer au possible pour subordonner ses actes au sens de ses choix, organiser ses réalisations en fonction de la logique de ses choix : telle est, pour finir, le point d'appel de l'organisation adulte de la crise adolescente. Le surmoi détermine alors ce qu'il est possible d'accomplir en fonction de ses propres choix, tout autant qu'il détermine ce qu'il faut se contenter de ne réaliser que dans la pensée, la représentation, c'est-à-dire ce qu'il faut sublimer.

A. Ciccone va de nouveau engager le dialogue avec ce que je viens de développer dans mes deux chapitres précédents en insistant sur les aspects psychopathologiques de la latence et de l'adolescence.

10. Logiques narcissiques et œdipiennes

A. Ciccone

René Roussillon a beaucoup insisté sur les aspects structurants de la latence et de l'adolescence, et je voudrais souligner en contrepoint quelques aspects plus conflictuels et difficiles et qui anticipent ainsi sur mes chapitres de psychopathologie.

La représentation classique du développement psychosexuel situe les phases anté- ou prégénitales – orale, anale et phallique – comme organisées suivant des logiques narcissiques, la période de la crise œdipienne inaugurant, par définition, une organisation psychique suivant les logiques œdipiennes. Les phases « pré-œdipienne » confrontent à l'expérience de la rencontre avec le monde, avec l'altérité, et à la nécessité de gérer les angoisses et les conflits liés à la séparation, à la différenciation entre le sujet et l'objet, à la perte de l'objet, puis à la différenciation entre les sexes et entre les générations.

René Roussillon a clairement exposé la manière dont, tout au long de la traversée de ces différentes phases, les modalités de la relation au monde se complexifient, l'intérêt et l'investissement de l'enfant se portent sur des zones du corps, des modes de lien aux objets différents et de plus en plus complexes. Les représentations de soi et du monde se développent selon des modes d'organisation différents. L'organisation orale se caractérise par l'idéalisation du sein dont la possession garantit la complétude narcissique et le sentiment d'existence. L'organisation anale voit le boudin fécal comme prototype d'objet idéalisé, dont le contrôle assure la sécurité, la puissance et l'intégrité narcissique. L'organisation phallique confronte à la différenciation entre les sexes et entre les générations, et voit dans le phallus l'idéal de puissance qui préserve de la perte et du manque que peut générer la différence.

Seule l'organisation œdipienne contient une reconnaissance de l'irréversibilité de la différence des sexes et des générations, et un dépassement des conflictualités narcissiques pour voir la conflictualité s'orienter davantage vers l'objet, vers l'existence de l'objet, et se nouer autour du statut du sujet dans le désir ou dans les investissements de l'objet. Ces conflictualités caractériseront les névroses, alors que les conflictualités pré-œdipiennes, narcissiques, caractériseront les psychoses et les états limites.

Après une phase dite de latence, où la conflictualité sexuelle (au sens de la sexualité infantile) est supposée désinvestie, et où l'enfant

sublime ses conflits, les traite sur d'autres scènes que celle du rapport direct à ses objets – ce qui lui permet de développer ses compétences, sa connaissance du monde et son adaptabilité au monde –, la période d'adolescence voit le sujet se ressaisir des problématiques antérieures, œdipiennes et pré-œdipiennes, à l'occasion de sa rencontre avec la sexualité adulte et avec la différence entre sexualité infantile et sexualité adulte.

10.1. Œdipe précoce (M. Klein)

La conflictualité œdipienne, la rencontre avec la différence des sexes et des générations commencent très tôt. L'Œdipe est là d'emblée, souligne René Roussillon, même s'il considère que la « crise » œdipienne sera l'effet d'une certaine maturation. Melanie Klein (1950) a décrit les phases précoces de l'Œdipe, les fantasmes œdipiens chez des tout petits enfants mettant en scène (dans le phallique, l'anal, l'oral) une organisation d'une triangulation d'objets partiels (le sein, le pénis). Elle a montré comment l'Œdipe précoce est en rapport avec le désir de connaître, la pulsion épistémophilique. Elle a ensuite mis en évidence le rapport entre l'Œdipe et la position dépressive, dans laquelle l'enfant a conscience d'un autre de l'objet, ce qui participe à activer le sadisme et à produire culpabilité, angoisse de perte et désir de réparation. Si la question de la discontinuité entre le moi et l'objet est au cœur de la position dépressive, l'enfant doit accepter que l'objet n'existe pas seul, ou seul avec lui.

10.2. Intrication des niveaux narcissique et œdipien

Si on peut dire que l'Œdipe est là d'emblée, on peut dire aussi, par ailleurs, qu'il y a du narcissique dans l'œdipien. Les deux organisations ou problématiques ne sont pas toujours différenciées, ne sont pas toujours opposables. D'ailleurs, décrire le complexe d'Œdipe comme ayant son apogée à la phase phallique (Freud, 1923a) le situe d'emblée sous le primat du narcissisme. La place phallique est narcissique. Elle voit – après le sein et le boudin fécal – le phallus devenir objet de la toute-puissance. De tels objets investis de toute-puissance narcissique permettent au sujet de s'abstraire de la dépendance à l'objet (dépendance que suppose l'Œdipe).

Certains (Anzieu, 1999 ; Athanassiou, 1999 ; etc.) ont mis en évidence les éléments narcissiques voire psychotiques du mythe œdipien (seul un psychotique peut se crever les yeux de sang-froid, par exemple). Ils ont souligné la manière dont le parricide et l'inceste, dans le mythe d'Œdipe, sont l'effet de la lutte contre des angoisses

traumatiques, des terreurs sans nom (Œdipe a été un bébé abandonné, exposé, livré aux animaux, etc.).

Si l'on peut distinguer des générations de conflits, entre les phases de maturation psychosexuelle mais, plus particulièrement, entre les phases narcissiques et la phase œdipienne, on peut dire que chaque niveau de conflit ressaisit un conflit antérieur : le narcissique alimente, fonde, sous-tend l'œdipien, ou bien l'infiltre, le contamine, l'entrave, tout comme l'œdipien infiltre prématurément le narcissique.

On peut dire par ailleurs que le conflit narcissique fait partie du conflit œdipien. Le désir pour l'objet (et l'interdit, le manque) est une blessure, engendre une blessure narcissique, une blessure pour et dans le sujet. Par exemple, la rivalité (fraternelle, œdipienne) peut contenir une violence dont l'enjeu est de se sentir exister. Le problème narcissique est celui de se sentir exister. C'est un problème existentiel fondamental. Le sujet est hanté par la question de savoir ce qu'il vaut aux yeux de l'autre, et s'il existe aux yeux de l'autre, suffisamment pour se sentir lui-même exister (par exemple aux yeux du parent soupçonné de préférer le frère, la sœur). La rivalité fraternelle traduit une blessure narcissique, et pas seulement une rivalité œdipienne en terme de possession de l'objet du désir.

Le conflit narcissique peut empêcher la triangulation œdipienne, la relation objectale. Le conflit narcissique peut aussi masquer le conflit œdipien, représenter une manière de ne pas le rencontrer, comme souvent dans les pathologies limites, borderline (Kernberg, 1975b).

Il y a donc toujours infiltration des deux niveaux de conflit, coexistence des deux niveaux. Cette figuration est compatible avec le modèle que je soutiendrai de l'organisation autour de « positions psychiques », tout comme avec le modèle de l'organisation de la personnalité où coexistent des parties psychotiques ou autistiques et des parties névrotiques. Dans le travail thérapeutique, il sera essentiel de ne pas oublier l'un des niveaux, avec quelque type de patient que ce soit, même si, bien sûr, les interprétations narcissiques et les interprétations œdipiennes obéiront à des temporalités particulières et requerront des conditions différentes selon les pathologies, selon les sujets et selon l'histoire transférentielle.

Ajoutons qu'avec l'entrée dans l'adolescence et la confrontation avec la question de la sexualité adulte, la question de la construction identitaire, la question de la rivalité avec les objets parentaux, comme René Roussillon en a rendu compte, l'ensemble de la conflictualité, narcissique et œdipienne, sera ressaisie, et les enjeux narcissiques fortement mobilisés.

11. Développement psychique, latence et processus adolescent

A. Ciccone

11.1. Problèmes de la sublimation à la latence

René Roussillon a décrit les processus de sublimation, les solutions symboliques (la représentation devenant un nouveau but pulsionnel), le jeu avec le langage, l'ouverture au social, à l'extrafamilial, aux autres familles ou aux autres organisations familiales, au groupe voire à la bande qui caractérisent ou que permettent et soutiennent les logiques de la latence. La sublimation, telle qu'en a parlé Freud (1905c), consiste en un détournement de l'énergie sexuelle et agressive, en un changement de direction de l'intérêt, qui conduit l'enfant à réaliser de nouvelles tâches, et à développer sa vision psychosociale du monde.

Mais il faut aussi souligner que si l'enfant éprouve de grandes satisfactions à voir augmenter sa capacité de comprendre et de gérer le monde, ces nouvelles tâches apportent aussi un certain nombre de craintes, d'angoisses. Celles-ci se traduisent par des plaintes somatiques, des phobies soudaines, des tourments divers. Elles génèrent des comportements particuliers marqués par exemple par la timidité ou l'obsessionnalité. Elles produisent, pour une part, les activités monotones et répétitives caractéristiques de cette tranche d'âge. Si l'enfant, par les processus de sublimation, est poussé à construire et à accumuler de la connaissance, il est aussi poussé, du fait des angoisses qu'un tel développement suscite, à accumuler de l'information plus que des connaissances, ainsi que le souligne Margot Waddell (1998) qui, se référant à Meltzer, distingue la « soif d'informations » de la « soif de connaissances ». Comme le dit Donald Meltzer :

> Ce qui pousse l'enfant à l'âge de latence à amasser de l'information est quelque chose de nature très sociale qui se prête à la compétition, à l'exhibition, à la tendance au secret et au commerce. Mais il se développe aussi, bien entendu, des formes délinquantes d'acquisition : le vol, le pillage, la fraude. La discrimination en termes de valeur tend à être faible et la compréhension [*insight*] superficielle. Un enfant peut ainsi se plaire à mémoriser les noms de joueurs de football ou de fleurs sans se soucier de les connaître visuellement. Il peut mémoriser un poème sans se soucier de sa signification, les dates des batailles sans aucune idée du massacre

> des personnes, le nom des capitales sans se rendre compte qu'il s'agit de villes et non de noms propres prenant une majuscule. (1972, p. 246)

Le passage de l'information à la connaissance est bien entendu tributaire en grande partie du travail de l'environnement, et du niveau d'apaisement, de sécurité interne chez l'enfant quant à ces expériences de rencontre avec le savoir, avec le monde.

11.2. Logiques et aléas du processus adolescent

Qu'en est-il maintenant des logiques du processus adolescent, dans la poursuite de ce développement psychique ?

L'adolescence commence avec la puberté, même si le changement d'état d'esprit n'est pas totalement lié aux changements biologiques et physiologiques, ces derniers précédant bien souvent les changements émotionnels, comme le signale Margot Waddell (1998).

René Roussillon a présenté le travail de réorganisation de l'adolescence, les nouvelles solutions aux poussées pulsionnelles, effets de la mutation corporelle pubertaire et de la capacité orgasmique. Les composantes pulsionnelles de la sexualité infantile s'intègrent progressivement sous le primat du génital, le narcissisme infantile étant maintenu et produisant une idéalisation infantile. René Roussillon a souligné les mutations du travail de symbolisation, l'adolescent étant contraint de symboliser non plus ce qu'il ne peut pas accomplir, mais ce qu'il peut accomplir (dans le champ du sexuel comme du meurtre), et la manière dont il passe par l'acte pour symboliser. René Roussillon a également décrit comment les énigmes de l'enfance s'éclairent après coup chez l'adolescent, et comment se révèlent à lui les secrets du monde, ce qui peut générer un certain nombre de conflictualités.

Le travail que doit effectuer l'adolescent est complexe, douloureux et angoissant. Il doit négocier les relations entre structures adultes et structures infantiles, établir son identité (dont l'identité sexuelle), passer d'une vie dans le cadre familial à une vie dans le monde, gérer la séparation, la perte, le choix, l'indépendance, les désillusions. L'intégration psychique du corps pubère et l'autonomisation par rapport aux parents sont les deux tâches majeures qu'aura à accomplir l'adolescent.

Un double changement s'impose ainsi au sujet : une mutation somatopsychique, la puberté conduisant à une maturité physique rendant l'accès possible à une sexualité complète, et une mutation symbolique, concernant le statut social, avec l'accès progressivement possible à un statut d'adulte. Ces changements, ces mutations repré-

sentent une crise, et imposent un travail psychique au sujet. Ce travail pourra produire un certain nombre de troubles (dont en particulier les troubles propres aux états borderline). Le concept de « crise adolescente », dans sa version manifeste, peut néanmoins être critiqué dans la mesure où de nombreux adolescents traversent cette période sans crise manifeste (Jeammet et Corcos, 2005). Mais on peut dire qu'une crise est inévitable, et que l'expression comportementale bruyante ne fait que traduire l'échec du moi à gérer la crise.

Alors que, pendant la latence, l'enfant apprend à maîtriser le monde, l'adolescent est contraint de subir son corps. Cela aura pour conséquence un besoin d'appropriation du corps, qui se traduit par exemple par l'inscription de marques corporelles (tatouage), les comportements de mise en danger. La conquête du corps s'accompagne d'une conquête de l'identité. Plus l'insécurité intérieure sera intense, plus le besoin d'attachement aux objets premiers, parentaux sera fort, et plus la violence, éventuellement agie, sera de mise dans ce travail de conquête.

L'adolescent voit ainsi s'affirmer un besoin de lutter contre la perte de contrôle, contre la passivité (l'attente par rapport aux adultes, par rapport aux changements de statut social). Il est envahi par des craintes d'être débordé, de perdre le contrôle : peur de devenir fou, dysmorphophobies, impression de ne pouvoir cacher ses émois, peur de s'endormir, etc. Les angoisses corporelles et les régressions narcissiques conduiront, par exemple, à des compulsions à se regarder dans le miroir. La sexualisation de la soumission passive déclenchera des affects de honte, qui persécutent le sujet, avec une impossibilité de se retrouver au centre d'une scène, sous le regard de l'autre, des peurs de rougir, etc. Ces affects pourront être traités par un retournement de la situation dans des conduites d'exhibition phallique (voir Ciccone et Ferrant, 2004, à partir de Guillaumin, 1973). Le contrôle de ces craintes de débordement pourra également être assuré par l'obsessionnalité. Des conduites de contrôle plus inquiétantes concerneront par exemple les conduites d'automutilation, de sacrifice héroïque, exécutées pour donner une maîtrise fantasmatique, permettre une conjuration des peurs et de la honte. Les excitations sexuelles vont bien entendu alimenter l'ensemble de ces craintes.

Les modifications du corps produisent des angoisses qui vont générer des mouvements de régression (à l'oralité, par exemple), mêlés de sexualisation (des fonctions alimentaires, par exemple), ce qui peut produire des troubles alimentaires, mais ce qui explique aussi, par exemple, le dégoût des repas familiaux (comme si la « scène primitive » était déplacée sur la « cène familiale » [Marcelli et Braconnier, 2004]). La sexualisation explique également l'aspect

insupportable pour l'adolescent des bruits et des odeurs du corps, des rapprochés corporels avec les parents.

Les conflits infantiles, narcissiques et œdipiens, sont remobilisés et vont mettre à l'épreuve les qualités de la fonction contenante et des intériorisations précoces. La confrontation aux problématiques narcissiques et œdipiennes est simultanée : les failles narcissiques accentuent la sexualisation des liens, et les investissements objectaux augmentent les éprouvés de dépendance. L'adolescence réchauffe et répète les deuils de l'enfance, donne l'occasion d'une réémergence des désirs et conflits infantiles. La proximité des fantasmes incestueux et parricides est, par exemple, particulièrement troublante et perturbante, le corps pubère adolescent devenant le représentant potentiel du parent incestueux dangereux (Laufer et Laufer, 1984 ; Gutton, 1991). De même, les angoisses de séparation réveillent les angoisses infantiles précoces. Si celles-ci n'ont pas été suffisamment comprises et contenues à leur époque, elles sont traitées par des mesures extrêmes ou radicales au moment de l'adolescence.

Si la conflictualité est trop lourde, le sujet s'en débarrassera en particulier par l'agir, voire le comportement délinquant – comportement pour lequel la punition éventuelle que celui-ci déclenchera représente en partie un soulagement d'une culpabilité inconsciente, liée aux conflictualités œdipiennes et ambivalencielles. L'adolescence est marquée par une contrainte à symboliser par l'acte, comme le dit René Roussillon, mais aussi par une propension à se débarrasser des conflits par l'agir plutôt qu'à les résoudre, à évacuer la douleur plutôt qu'à la contenir. Les processus projectifs priment sur les processus introjectifs. L'intelligence, par exemple, est souvent utilisée pour éviter l'intimité avec une expérience émotionnelle et le risque d'être troublé.

La croissance psychique à l'adolescence s'accompagne d'un nécessaire détachement des parents et d'une éventuelle hostilité à leur égard. Ces derniers proviennent entre autres d'une peur inconsciente que la perpétuation d'une intimité avec les parents ne rapproche plus que ce que le confort œdipien ne peut tolérer.

Même si la latence a été stable, les changements de la puberté produisent des modifications de la vie émotionnelle et de la personnalité. Les changements corporels peuvent être vécus comme de véritables persécutions internes et produire des turbulences, des confusions qui se traduisent par des comportements parfois difficiles à distinguer de comportements pathologiques, comme nous le verrons plus loin. Les certitudes antérieures sont dissoutes par l'expérience adolescente et génèrent des confusions (entre bon et mauvais, amour et sadisme, adulte et infantile, masculin et féminin, etc.) qui peuvent être traitées

par des processus propres à la position paranoïde-schizoïde. Donald Meltzer (1972) avait mis en évidence la manière dont s'activent à l'adolescence le clivage et l'identification projective – en particulier l'identification projective aux objets internes, telle que j'en parlerai dans la partie suivante, favorisée par la masturbation, et qui produit un sentiment frauduleux d'identité adulte.

L'adolescent a fréquemment recours au groupe. Cela lui permet de rester en contact avec différents aspects de sa personnalité qui ne peuvent pas toujours s'intégrer dans le soi familier de l'enfance et dans l'environnement familier (sentiments, émotions, craintes, pulsions). Le groupe est un lieu de sécurité pour donner libre cours à différents aspects de soi-même qui ont parfois du mal à être reconnus comme appartenant au soi, tel que le souligne Margot Waddell (1998). La soif insatiable d'échanges (au téléphone, par exemple) permet à l'adolescent de mettre à l'épreuve ou à l'essai, d'expérimenter différentes versions de soi, avec les réactions d'autrui que ces versions déclenchent. Ces échanges font souvent l'objet d'une fascination sans fin, mais comportent aussi la plupart du temps la dose nécessaire d'humour qui met à l'abri de l'aliénation.

Même l'adolescent qui apparemment n'appartient à aucun groupe peut satisfaire à cette logique groupale de la mentalité adolescente, dans la mesure où, comme le soulignait Meltzer (1972), il représentera un des aspects requis pour le fonctionnement en groupe, ou plutôt en bande : celui du paria, rejeté, exclu. Les aspects bons du sujet, clivés, seront en retour projetés dans le groupe.

Meltzer décrivait par ailleurs – et René Roussillon a bien dégagé les logiques et les enjeux d'un tel processus – comment, de la formation homosexuelle de la bande à la puberté, surgit la formation hétérosexuelle du couple pendant l'adolescence, et a souligné le caractère d'urgence de cette association à deux pour le développement de la personnalité du jeune adulte, qui bénéficiera de l'intégration d'une expérience d'intimité sexuelle suffisante pour que se déploie l'atmosphère d'une potentialité parentale future.

Terminons sur l'adolescence et sur la question du groupe en signalant que si le groupe attracteur de l'adolescent est malveillant, le risque se présentera que celui-ci ne propose une alliance des aspects destructeurs dans une association criminelle. Tout groupe exerce toujours une pression pour réaliser des actes qui ne seraient pas envisagés seul, et l'adhésion à un groupe dominé par des aspects destructeurs et malveillants est évidemment inquiétante pour le devenir d'un adolescent. Des fonctions parentales contenantes, internes comme externes, sont bien sûr particulièrement urgentes à solliciter ou à développer dans un tel contexte.

Partie II
Psychopathologie

A. Ferrant, A. Ciccone

SECTION 1

Introduction générale

A. Ferrant

Introduction

La psychopathologie est mouvante et il n'est pas envisageable de proposer une synthèse qui ferait le point, de façon à la fois exhaustive et précise, sur toutes les approches qui se déploient actuellement de la psychiatrie aux neurosciences en passant par les sciences cognitives, la psychanalyse et l'anthropologie. La masse d'informations dépasse largement nos capacités de traitement. Même si on s'accorde sur un objectif plus modeste qui, à partir des tendances actuelles, propose une forme d'anticipation ou de pari sur l'avenir, on risque fort de se trouver confronté à l'incertitude de toute pensée prédictive. Il est en effet assez rare que l'on puisse, sans se tromper, prédire la manière dont un domaine scientifique quelconque, en particulier dans le champ des sciences humaines, peut évoluer au cours des années qui suivent. Nous ne ferons donc ni un état des lieux de la psychopathologie actuelle, ni une analyse prospective de ses tendances les plus probables.

Une approche clinique de la psychopathologie

Le terme de psychopathologie clinique laisse entrevoir l'ambition de notre projet. C'est à partir d'une double approche de psychologue praticien et d'enseignant que nous souhaitons aborder la psychopathologie clinique. Si l'on s'en tient au seul domaine de la psychopathologie adulte, les psychologues cliniciens sont, depuis le milieu du XXe siècle, largement engagés au sein des institutions psychiatriques. Ils appartiennent à des équipes qui développent des pratiques, des modalités d'accueil et des théorisations autour du fait psychopathologique. Au fil du temps, ils ont construit leur place au sein des équipes et développé des pratiques originales dans différents domaines. Mais les psychologues ne sont pas les seuls à s'engager au sein de la psychopathologie clinique. De nombreux professionnels partagent ce type d'approche (infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, médecins, éducateurs, etc.) et s'efforcent de rencontrer le sujet souffrant au-delà, ou en deçà, de ses symptômes les plus spectaculaires. Notre propos ne s'adresse par conséquent pas aux seuls psychologues cliniciens, mais à tous ceux qui se reconnaissent dans une approche clinique de la psychopathologie et ne se contentent pas d'une catégorisation symptomatologique. Ces cliniciens, au sens large, interrogent les dispositifs cliniques de telle sorte qu'ils gardent leur identité profonde tout en créant des modalités d'interventions spécifiques. Même si on n'est pas clinicien de la même façon au sein d'une équipe psychiatrique, dans un hôpital général ou dans le champ social, on est d'abord attentif à la vie psychique et aux effets réciproques de toute rencontre avec l'autre humain. Les pratiques sont multiples, inventives, adaptées aux aléas du terrain. Elles témoignent d'une créativité effective accordée aux nécessités locales des pratiques, et l'une des missions de l'Université devrait être de fournir les étayages théoriques adéquats.

Place de l'approche clinique

Les universités ne répondent pas, dans leur majorité, à une telle attente. Mais sur le terrain aussi, le tableau d'ensemble est plus nuancé. Si, pendant tout un temps, la place d'une approche clinique au sein d'une équipe semblait aller de soi, il n'en est plus de même aujourd'hui. Certains postes ne sont pas renouvelés ou sont attribués à des praticiens formés aux neurosciences et aux sciences cognitives. Le concept même de psychopathologie s'est transformé et ce qui semblait former les éléments fondamentaux de tout travail psychothérapeutique a muté.

On peut sans doute évoquer l'idée d'une crise de la psychologie en général et de la psychopathologie clinique en particulier. Il est même possible de soutenir que la psychologie n'existe pas (Henri, 2005), mais c'est plutôt en termes de dispositif ou de potentialités créatives que nous posons la question. Comme nous venons de le souligner, une majorité de cliniciens n'est pas insensible au processus d'affaiblissement de la place de la clinique au sein de la psychiatrie et de la psychopathologie en général. Plutôt que de penser les pratiques en terme d'application plus ou moins acrobatique d'une forme de psychanalyse, ces cliniciens interrogent les dispositifs mis en place au sein des institutions ou à la marge des institutions. Depuis quelques années, se développent de plus en plus de recherches centrées sur les pratiques effectives des cliniciens. Ainsi, plutôt que de s'interroger sur ce qu'il conviendrait idéalement de faire, ils choisissent de théoriser ce qu'ils font ; c'est dans cette perspective que se développe tout un champ immensément riche de potentialités pratiques sur les dispositifs de soins. L'Université, en particulier à travers le processus de formation à partir de la pratique (FPP) à Lyon 2, s'inscrit tout naturellement dans cette perspective.

Deux convictions animent ces différents travaux. La première est que le sujet humain n'est pas réductible à un ensemble de processus neurophysiologiques, mais que ces processus ne peuvent pas, en retour, être ignorés. La psychopathologie ne peut être abordée sans être informé a minima sur les avancées remarquables dans le domaine des neurosciences ou de la psychologie cognitive. La seconde conviction est que seul l'outil métapsychologique donne les moyens d'aborder les complexités du fait psychique, que ce soit de façon individuelle ou groupale. Lorsque, par exemple, dans un service de cancérologie, un sujet a répondu à différents questionnaires permettant de mesurer l'intensité de sa douleur et de son stress, lorsqu'il a pu prendre une décision de traitement en collaboration avec son médecin, décision dite de « consentement éclairé », il y a forcément un moment où il se retrouve seul. Et c'est au fond de cette solitude, dans cet espace spécifique inatteignable par le quantitatif ou par les courbes statistiques, que le clinicien peut tenter de le rencontrer.

Sens de la métapsychologie

La métapsychologie ne se réduit pas à quelques éléments phares, justes mais parfois inadéquats d'un point de vue praticien. Pendant tout un temps, en effet, le complexe d'Œdipe, l'homosexualité et la jouissance sous toutes ses formes ont régné en maîtres. Les interprétations

fusaient au sein des réunions d'équipes. Une certaine utilisation de la psychanalyse, indépendamment des écoles et des tendances, a parfois pris la forme d'un véritable terrorisme intellectuel. On nous permettra ici une petite anecdote personnelle. Jeune psychologue fraîchement diplômé, je participai à une réunion d'équipe dans le cadre d'un Centre de santé pour adultes. J'arrivai un peu en retard et la réunion avait commencé. À mon entrée dans la salle, il régnait un silence total. Personne ne parlait et chacun semblait plongé dans ses pensées. Après un moment de silence, gagné par une sensation de malaise, je me tournai discrètement vers mon voisin en demandant, à voix basse, ce qui se passait, persuadé qu'un événement grave était survenu compte tenu de tous les visages lugubres et du silence de plomb qui régnait depuis un quart d'heure. Il me dit simplement, avec une pointe de condescendance, comme les anciens en ont souvent à l'égard des nouveaux : « On élabore ». Naturellement, tout ne se passait pas constamment de cette façon, et il y a toujours eu des équipes qui pratiquaient l'échange vivant et le dialogue. Mais on reconnaîtra sans doute ici une des pires situations auxquelles a pu conduire une certaine utilisation de la psychanalyse, non au service de la pensée, mais au service d'une véritable chronicisation des équipes.

La métapsychologie est avant tout un outil vivant et dynamique. On peut considérer que la pratique et la théorie psychanalytiques puisent, au vif de l'expérience, les éléments nécessaires à leur évolution. Il est possible d'être authentiquement clinicien et de s'appuyer sur la théorie psychanalytique tout en inventant des dispositifs parfois très différents du classique divan-fauteuil et du tout aussi classique face-à-face. Un entretien clinique peut très bien se dérouler dans un bureau ou dans la rue, dans une salle d'attente ou au seuil d'un lieu d'accueil. Ce n'est pas la réalité de l'environnement qui est alors en jeu – bien que ce dernier ne soit jamais négligeable –, mais le dispositif interne du clinicien, son ouverture et ses capacités réceptives.

L'Université ne forme pas des psychanalystes ou des sous-psychanalystes. En revanche, nous avons la conviction qu'il n'est pas possible d'être clinicien et de s'engager dans le domaine de la psychopathologie et de la psychothérapie sans prendre pour principe de compréhension les facteurs dégagés par la psychanalyse.

Notre propos n'est donc pas de présenter un nouveau classement des psychopathologies mais de forger un système de repères potentiellement utilisable par le clinicien quel que soit le type d'environnement dans lequel il intervient. Il ne s'agit pas de décrire le détail des différentes méthodologies et techniques du clinicien – il existe d'excellents manuels spécifiques –, mais de proposer une méthodo-

logie générale, une sorte de modèle de base. De plus, nous essayons de nous placer du point de vue du soignant en général. On ne peut pas aborder le domaine de la psychopathologie sans décrire, même de façon rudimentaire, les principales entités psychopathologiques. Il convient aussi, en même temps, de tenter une compréhension des enjeux dynamiques de chaque modalité de fonctionnement psychique. Nous savons qu'un certain nombre de troubles impliquent une composante d'origine génétique. Le clinicien doit-il, pour autant, abdiquer son intérêt pour la vie psychique et s'en remettre, sans plus d'interrogation, aux médicaments ? Même si les éléments de type neurophysiologique et génétique occupent parfois une large part du tableau, nous sommes d'abord confrontés à un être humain malade et non à une maladie. Il y a toujours, qu'on le repère explicitement ou non, un sujet. Ce sujet est l'interlocuteur privilégié du clinicien.

CHAPITRE 12
Définitions

1. Définition générale

La psychopathologie peut être définie comme une approche visant une compréhension raisonnée de la souffrance psychique.

1.1. Approche

Tout savoir est potentiellement incomplet et infini. Il en est ainsi non seulement du savoir relatif aux sciences « dures », comme la physique ou les mathématiques, mais aussi du savoir relatif aux sciences humaines. Ces dernières, compte tenu de la particularité et de l'hypercomplexité de leur objet humain, s'appuient sur une épistémologie et des méthodes spécifiques. Les exigences d'objectivité et de reproductibilité de l'expérience sont inapplicables, dans la plupart des cas, à ce domaine. De plus, les sciences humaines, et la psychologie clinique en particulier, sont confrontées à un champ qui associe à la fois les éléments et des effets somatiques, physiologiques, impliqués dans tout comportement et dans toute relation intersubjective, mais aussi des éléments et des effets sociaux. Les sciences humaines doivent tenir compte du fond mythologique de l'humain, de son besoin de n'être pas seulement un corps mais une âme, au sens le plus large du terme. Le terme « approche » contient cette marge d'incertitude consubstantielle à toutes les sciences humaines.

1.2. Compréhension raisonnée

1.2.1. Compréhension

Le terme de compréhension renvoie à deux champs complémentaires et indissociables dans le domaine de la psychopathologie.

- Comprendre c'est d'abord contenir, saisir un ensemble d'éléments à l'intérieur d'un espace donné, au sens où l'on parle d'un espace compris dans un autre espace ou d'une maison comprenant plusieurs

pièces. Dans cette perspective, la psychopathologie apparaît comme un système, c'est-à-dire un ensemble suffisamment cohérent. La cohérence de cet ensemble n'exclut pas que des modifications transforment telle ou telle zone du système.
- Comprendre c'est également montrer une suffisante identification à la souffrance de l'autre. Comprendre autrui, ce n'est ni l'excuser, ni se mettre à sa place, ni le juger. C'est être capable de ressentir a minima les enjeux de ses comportements et de ses fantasmes en lien avec la nature de sa souffrance.

1.2.2. Raisonnée

Un tel ensemble possède une suffisante cohérence qui suppose un certain nombre d'hypothèses de base et de choix méthodologiques qui soutiennent l'édifice. On peut définir l'ensemble et le déployer à partir d'un certain nombre de postulats qui s'enchaînent de façon logique. La cohérence d'ensemble introduit la transmissibilité de ce « savoir ». Il ne s'agit pas seulement d'une compréhension liée à l'expérience – encore que celle-ci, dans notre optique, soit essentielle –, mais de la possibilité de transmettre à d'autres, spécialistes ou non, les éléments nécessaires à la compréhension. La psychopathologie se présente comme un savoir organisé et ouvert, susceptible de s'enrichir et de se transmettre au-delà des conditions effectives de l'expérience.

1.3. Souffrance psychique

La cohérence interne du modèle s'appuie essentiellement sur une définition de la souffrance psychique. L'existence de l'être humain est indissociable d'une certaine souffrance. Vivre c'est non seulement rechercher le bonheur, mais également affronter toutes sortes de souffrances liées à des pertes, des désillusions, des séparations, des sacrifices et des renoncements. Une certaine dose de souffrance accompagne toute existence humaine. Le problème est de savoir à partir de quel moment cette souffrance devient intolérable, ou oriente radicalement l'existence dans un sens qui n'autorise plus un suffisant épanouissement. La psychopathologie se penche essentiellement sur cette dernière éventualité, lorsque la souffrance envahit ou déborde les capacités de traitement et de transformation propres à un sujet. Mais la souffrance implique aussi une sorte de théorie de sa source et de ses effets.

D'un point de vue global, la souffrance psychique est liée à tout ce qui échappe au processus de symbolisation subjectivante, qui est en attente de symbolisation et reste d'une certaine façon bloqué, immobilisé et sans adresse. La souffrance est liée à une sorte de stase de ce

qui est habituellement saisi dans un processus de transformation. Ce blocage processuel est en lui-même source de souffrance, au sens classique du terme. Nous souffrons de ce qui est bloqué psychiquement ou en attente d'inscription psychique. L'être humain ne souffre pas seulement à cause des événements, ou à cause de certaines pensées, mais parce que certains processus en lui n'ont pas trouvé de miroir, d'écho, d'écoute, de réceptacle et restent ainsi en errance. Nous souffrons de ce qui erre en nous sans assignation, c'est-à-dire sans subjectivation.

2. Soigner/guérir

2.1. Soigner

On ne sera pas surpris que cette définition de la psychopathologie comme « approche visant une compréhension raisonnée de la souffrance psychique » soit indissociable d'une perspective de soin. Si ce qui fait souffrir l'être humain est la conséquence inéluctable de ce qui est resté en dehors de ses capacités représentatives et symboliques, il est envisageable de proposer, pour l'aider et prendre soin de lui, de remettre en travail ce qui a été immobilisé.

Que ce travail soit possible ou non, en raison de facteurs intrinsèques ou extrinsèques, est un élément évidemment essentiel. Il ne doit toutefois pas masquer l'idée que tout être humain est fondamentalement en droit d'être aidé. Tout clinicien intervenant de façon solitaire dans son cabinet de travail, ou engagé au sein d'une équipe et d'une collectivité soignante, s'efforce de mettre en place les meilleures conditions de prise en charge pour tel ou tel patient.

Le soin, en psychopathologie, recouvre une gamme assez large de dispositifs. Du travail thérapeutique individuel à la prise en charge institutionnelle, en passant par la prescription médicamenteuse à court ou long terme et les diverses formes de contenance psychiatriques, le choix apparaît immense. Le travail psychanalytique au sein du dispositif divan-fauteuil, en face-à-face ou dans le cadre du psychodrame n'est qu'une possibilité parmi d'autres. Un patient peut être aidé de façon soutenue par la mise en œuvre de thérapies cognitivo-comportementales ou systémiques qui, dans sa situation, représentent un abord efficace du soin. Il n'y a donc pas, dans notre pensée, d'exclusive psychanalytique en matière de soin. En revanche, la compréhension des enjeux, l'élaboration du diagnostic et du pronostic ne peuvent se réaliser qu'à partir d'une position qui s'intéresse d'abord au sens de la symptomatologie. Il convient donc de préciser,

s'il en était besoin, que nous nous situons dans une perspective radicalement différente de celle qui préside à l'élaboration du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Nous ne restons pas cantonnés dans le cadre d'une psychopathologie descriptive, fût-elle minutieuse, mais nous cherchons constamment, au-delà des apparences et des manifestations, la vie psychique qui palpite.

2.2. Guérir

La perspective du soin, en psychopathologie, rencontre inévitablement la question de la guérison. Nous sommes confrontés au modèle médical de la guérison, au sens commun du terme, qui suppose que la guérison est manifeste lorsque le corps et ses fonctions reprennent un cours « normal », c'est-à-dire sans douleur. Une des illusions que la psychopathologie clinique s'efforce de combattre consiste à imaginer que l'on pourrait vivre sans souffrance. Nous avons souligné combien la souffrance est inévitablement inhérente à la vie humaine. À partir de ce principe, nous pouvons avancer que la guérison dans le domaine psychopathologique est une sorte d'asymptote. Guérir c'est construire les conditions d'une souffrance tolérable et acceptable, c'est échapper autant que faire se peut au principe de répétition. De même qu'en médecine la guérison n'évite pas la mort, lot commun de toute existence, le soin psychique n'évite pas la souffrance : il en propose des possibilités d'aménagement et de transformation.

3. Glossaire

En dehors des termes qui désignent telle ou telle maladie, il existe tout un vocabulaire propre à la psychopathologie quelles que soient ses orientations de base.

3.1. Étiologie

L'étiologie désigne l'étude des causes. En psychopathologie, la question des causes soulève de redoutables problèmes. En effet, contrairement au domaine somatique où on rencontre des maladies dont la cause est clairement déterminée – un virus par exemple –, le domaine de la pathologie mentale offre des causes multiples dialectisées les unes avec les autres. En particulier, on trouve le plus souvent des causes à la fois psychiques et neurophysiologiques – la schizophrénie ou la psychose maniacodépressive par exemple –, imbriquées. Il convient donc d'être prudent dans la détermination de ces causes et de se garder de toute position péremptoire. En ce domaine, toute affirma-

tion tranchée risque de se transformer en position idéologique. On peut tout démontrer après coup par une série d'enchaînements logiques qui partent du résultat pour remonter triomphalement aux causes. Le clinicien a donc tout intérêt à se montrer suffisamment modeste dans la détermination des causes.

3.2. Nosologie

La nosologie est l'étude des maladies en vue de leur classification méthodique. On étudie ce qui est spécifique à telle ou telle psychopathologie, par exemple ce qui est distinctif et particulier dans la schizophrénie ou la paranoïa. On peut alors distinguer au sein d'un même groupe relativement homogène, « les » schizophrénies, ou « les » paranoïas, des manifestations particulières.

3.3. Symptôme

Le symptôme désigne en médecine un phénomène observable lié à un état. Le symptôme, en psychopathologie, est non seulement une manifestation produite par un sujet, mais aussi, fondamentalement, une tentative de guérison. La notion de symptôme relève de deux acceptions complémentaires, l'une descriptive, l'autre dynamique et centrée sur les processus psychiques.

- D'un point de vue descriptif, le symptôme est un signe spécifique (délire, hallucination, rituel, comportement) qui constitue un des éléments nécessaires pour formuler un diagnostic. Le symptôme est alors observé du dehors, repéré en tant que tel, et associé à d'autres éléments. C'est le type de classement développé dans le DSM-IV et la CIM-10 (Classification internationale des maladies).
- D'un point de vue dynamique, le symptôme possède un sens pour le sujet. Il n'est pas isolable mais doit être considéré au sein d'un ensemble. Freud, dans *Études sur l'hystérie* (1895b), met l'accent sur le fait que le symptôme est avant tout une tentative de guérison, une solution de compromis entre deux motions psychiques, l'une marquée par le désir et l'autre par la défense. Le symptôme exprime donc un conflit psychique en même temps qu'il essaie de construire une solution. De ce point de vue, le symptôme est toujours spécifique à un sujet. Il ne peut être appréhendé qu'en fonction d'une histoire singulière, et possède un ensemble de significations que le clinicien doit s'efforcer d'éclairer.

Dans cette perspective, le travail du clinicien est moins d'observer la symptomatologie du dehors que de se donner les moyens de pénétrer le

monde du sujet afin de comprendre les entrelacs de sens qui soutiennent la « création » du symptôme. C'est précisément ici que se situe la ligne de partage entre une psychopathologie descriptive, centrée sur le DSM-IV, et une psychopathologie dynamique, appuyée sur la spécificité de l'histoire d'un sujet souffrant.

Il faut toutefois souligner que, même dans la perspective d'une approche singulière de la symptomatologie, les éléments repérés par l'observation sont essentiels. En effet, les lois de fonctionnement de la psyché et les modalités de la souffrance psychique ne sont pas infinies. Il y a donc un compromis nécessaire entre l'observation objective des symptômes et leur compréhension dynamique. En revanche, la simple observation des symptômes est toujours insuffisante pour poser un diagnostic. D'autres éléments doivent être pris en compte. Un même symptôme, par exemple des conduites ritualisées envahissantes, peut tout autant renvoyer à une souffrance névrotique du psychisme qu'à une souffrance psychotique. En France, J. Bergeret (1972) a fortement attiré l'attention des cliniciens en insistant sur le fait que le symptôme, en lui-même, peut être une importante source d'erreur. Avant de proposer un diagnostic, voire un traitement, il convient de prendre systématiquement en compte d'autres facteurs, comme la nature de l'angoisse et les modes de défense prévalents.

3.4. Diagnostic

Le diagnostic est la détermination d'un trouble d'après ses symptômes, modalités défensives et angoisse.

A priori, la question du diagnostic soulève au moins trois questions.

- La première concerne les modalités de construction du diagnostic. On ne peut pas se fonder sur la lecture des seuls symptômes pour constituer un diagnostic. D'autres éléments doivent être recherchés dans la façon dont le sujet construit ses systèmes défensifs et le type d'angoisse qui le taraude. Il faut toutefois aller au-delà et ne pas se contenter de la simple détermination du diagnostic.
- La deuxième question consiste à se demander si un sujet se « réduit » à un diagnostic ? Doit-on parler « d'un(e) schizophrène » ou plutôt de « tel » sujet souffrant de schizophrénie ? La question peut paraître superflue, mais elle engage une conception de la psychopathologie. Il est bien sûr évident que, dans le langage courant et dans les conversations entre les membres d'une même équipe, les facilités de langage font qu'on parle de tel patient qui « est » schizophrène. Mais dès qu'on aborde la question de la transmission

au-delà du cercle d'une équipe, le choix des mots devient crucial. Lorsqu'on parle « des » schizophrènes ou « des » paranoïaques, on commet la même erreur qu'il y a quelques années lorsque des travaux étaient réalisés sur « les » trisomiques. En identifiant les patients à leurs troubles, on les fait disparaître en tant que sujets singuliers. En toute rigueur, il y a non seulement plusieurs formes de schizophrénies mais autant de façons de souffrir de schizophrénie que de sujets atteints par ce trouble, comme il existe autant de façons de souffrir de névrose qu'il y a de névrosés. Le clinicien doit donc être constamment soucieux de replacer le sujet souffrant dans son histoire singulière, en portant son attention sur le fait que la souffrance a toujours une histoire et qu'elle surgit dans un contexte spécifique. Cela n'empêche pas, on l'a déjà souligné, le repérage de grandes caractéristiques communes mais, précisément, ces caractéristiques aident à dégager les spécificités.

– Le diagnostic pose enfin un autre type de problème. Lorsqu'on lit les dossiers des patients au sein d'un service, on se rend compte que les diagnostics varient souvent en fonction du temps et de ceux qui les posent. Tel ou tel patient, étiqueté schizophrène à son arrivée dans un service, devient quelque temps plus tard paranoïaque puis hystérique ou état limite. On peut éventuellement conclure à l'incertitude radicale de tout diagnostic en soulignant les limites d'une visée objectivante. À l'inverse, on peut s'efforcer de codifier davantage en offrant un descriptif détaillé ; c'est précisément ce qui soutient le recours au DSM-IV. Ces variations diagnostiques peuvent relever de plusieurs facteurs. En premier lieu, un trouble est susceptible d'évoluer au cours du temps. Comme nous l'avons souligné, tout symptôme est une construction originale du sujet afin de trouver une solution à la souffrance. Ces solutions peuvent changer au cours du temps. Ensuite, on ne peut pas réduire un sujet à son trouble. Si la souffrance peut être gravement invalidante, elle n'atteint pas toujours l'ensemble de la personnalité du sujet. Telle personne qui présente tel aspect d'elle-même à un moment précis de son histoire peut présenter d'autres aspects, organisés différemment au fil du temps voire – ce qui est tout à fait remarquable – à un observateur différent. Ces remarques soulignent la spécificité de la psychopathologie qui ne peut pas prétendre à une objectivité de même type que celle qui règne au sein des sciences dites exactes. L'intersubjectivité organise de part en part notre domaine de savoir. Non seulement notre « objet » de connaissance, la psyché, est complexe et peut présenter des aspects parfois contradictoires, mais tout clinicien ne voit pas, ne perçoit pas et ne ressent pas les

mêmes choses à l'écoute d'un même patient. Il est donc impératif d'être prudent en ce qui concerne l'utilisation des diagnostics. Que ce soit chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte, un diagnostic n'est jamais définitif. Il est par définition modifiable, transformable au cours du temps et, loin d'invalider notre approche, ces variations doivent au contraire l'enrichir. Les différents diagnostics posés au cours du temps pour un même sujet, pour autant qu'ils l'aient été dans des conditions suffisamment sérieuses, enrichissent l'approche du patient et révèlent différents aspects de sa psyché.

3.5. Pronostic

Le pronostic est médicalement une évaluation portée sur la durée, le déroulement et l'issue de la maladie. Ce pronostic peut être, *a priori*, optimiste ou sombre. Mais, là encore, la prudence s'impose dans le domaine spécifique de la psychopathologie clinique.

On ne peut pas, compte tenu des complexités de la vie psychique et des effets possibles de telle ou telle rencontre enrichissante ou au contraire catastrophique, proposer un pronostic de façon certaine. Certes, la maladie évolue dans le temps – en cela les courbes statistiques sont des sources de renseignements utiles –, mais elle n'est pas réductible à une épure. On voit combien, par exemple dans le domaine de l'expertise médicolégale, la question du pronostic est délicate à traiter. Les différents experts désignés pour décider de la responsabilité ou de l'irresponsabilité de tel sujet au moment de ses actes, leur avis quant à son évolution potentielle et la perspective de sa réinsertion peuvent varier considérablement d'un spécialiste à l'autre. Il n'échappe à personne que leur décision engage la société tout entière et qu'il est difficile de déterminer si un délinquant sexuel meurtrier est susceptible ou non de changer, dans quelle mesure ce changement peut favoriser une réinsertion et écarter le risque de récidive. Ces questions n'ont en réalité de sens clinique que si elles impliquent les conditions effectives d'une prise en charge. On pourrait dire, un peu en forme de lapalissade, que le pronostic est d'autant plus sombre qu'aucun accompagnement efficace n'est mis en œuvre. Quant à la question de l'efficacité du dispositif, elle dépend tout autant de la formation et de la qualité des psychothérapeutes mobilisés que des moyens mis à leur disposition.

Chapitre 13
Méthodologie clinique générale

La psychopathologie, comme la psychologie clinique, ne se met pas en œuvre n'importe où, n'importe quand et n'importe comment. Il est nécessaire de construire un cadre méthodologique généraliste (Roussillon, 2000b) qui dessine les grands axes du travail en psychopathologie. Ce cadre est suffisamment large pour comprendre à la fois la situation d'entretien, la passation de tests (projectifs, de personnalité ou de niveau) ainsi que la mise en œuvre de techniques de soin.

Nous définissons cinq opérations méthodologiques fondamentales : le refus, le retournement, le déplacement sur le dispositif, l'écoute de la négativité à l'œuvre et la générativité associative. Nous distinguons ensuite quatre niveaux d'inscription et d'interprétation du fait psychopathologique : l'actuel, l'adolescent, l'infantile et le primaire.

1. Les opérations méthodologiques fondamentales

1.1. Refus

Toute demande adressée à un clinicien contient une attente ou un espoir. Celui ou celle qu'on vient consulter est, suivant l'expression de J. Lacan, un « sujet supposé savoir ».

Le clinicien est en effet censé disposer d'un savoir sur la psyché, sur les « mystères de l'âme ». Un peu sur le modèle du médecin qui connaît le corps, les signes des maladies et les modalités du soin, le clinicien est censé, même si on ne le lui demande pas explicitement, donner une solution et engager un processus de guérison. Cette attente infiltre la demande et confère au clinicien une puissance presque magique. On attend qu'il explique ce qui ne va pas, et permette au sujet de « se » retrouver sans dépense énergétique majeure.

Le modèle de la psychopathologie clinique s'écarte radicalement du modèle médical. Le clinicien ne possède aucune réponse. De plus,

il ne peut pas savoir *a priori* quelles sont les questions qui se posent. Dans ces conditions, le premier acte véritablement clinique consiste à adopter une position d'ignorance en refusant la position de sujet connaissant. Ce refus premier fonde véritablement l'acte clinique lui-même.

C'est précisément ici que passe la frontière entre le gourou et le clinicien. En effet, le gourou dit qu'il possède les réponses ; il dit qu'il sait de quoi souffre le sujet et comment apaiser sa souffrance. Le gourou adopte la posture du détenteur d'une connaissance intuitive et d'un savoir constitué qui donnent les réponses. À l'opposé, le clinicien ne sait pas. Il est fondamentalement « ignorant » et doit apprendre « du » patient. Le gourou répond là où le clinicien interroge. Cette position de refus, on va le voir, inverse fondamentalement les rôles.

Le refus de la posture d'un sujet « supposé savoir », s'il dégage le clinicien d'un risque d'emprise narcissique, laisse suffisamment ouverte la potentialité d'une illusion autour de ce savoir. C'est en partie ce qui crée la mise en œuvre de la dynamique transférentielle. Le garde-fou construit par le clinicien implique que le savoir qu'il se refuse, le savoir omnipotent, soit d'une certaine façon déconstruit. Cette déconstruction ouvre sur deux dimensions conjointes : d'un côté, le savoir est déposé dans l'histoire du patient ; de l'autre, il est délégué au dispositif. On peut parler ici de travail analytique sur cette notion de savoir, analytique dans le sens d'une décomposition en divers constituants.

1.2. Retournement

L'opération de refus premier par laquelle le clinicien se dégage d'une position d'emprise sur l'autre s'accompagne d'un deuxième mouvement qui peut être résumé en une formule : « Je ne sais pas, c'est vous qui savez ».

Le clinicien retourne la question du savoir en direction du patient, et le constitue comme sujet « connaissant » quelque chose de sa souffrance. Cette double opération de refus et de retournement écarte la question complexe de l'influence et fonde le patient comme sujet : c'est en lui, au sein de son histoire, que sont déposées les questions auxquelles il cherche douloureusement une réponse. Mais quelle est la nature de ce savoir ? Le sujet sait, sans le savoir, quelque chose de lui : il ne sait pas qu'il sait. Cette idée d'un savoir ignoré à lui-même fonde la perspective de l'inconscient. Une formule résume assez bien les différentes étapes de ce fondement clinique : « Je ne sais rien de vous et j'ai besoin que vous me disiez (me fassiez comprendre, éprouver, etc.)

ce qui se passe. » Cette série d'opérations fonde une position éthique. Le clinicien se différencie du gourou, écartant ainsi la possibilité d'une relation d'emprise ; il instaure le patient comme sujet ayant une histoire qui contient les questions essentielles ; il dessine enfin la place de l'inconscient à travers l'idée d'un savoir ignoré.

En se déclarant ignorant, comme le sujet est lui-même ignorant de certains aspects de son histoire et de son fonctionnement, il esquisse également un espace d'identification mutuelle : « Nous sommes des êtres humains souffrants qui ignorent les origines de cette souffrance. » Le clinicien propose au patient une forme d'alliance thérapeutique : « Nous ignorons vous et moi ce qui vous fait souffrir ; nous pouvons essayer de le découvrir ensemble. »

Dans le même mouvement, cette zone d'ignorance partagée par les deux protagonistes crée la potentialité du lien transférentiel dans la mesure où le patient a besoin de continuer de croire dans l'omniscience du clinicien. Ce dernier, suffisamment dégagé des enjeux séducteurs liés à ce mouvement d'idéalisation, peut plus « tranquillement » recevoir les messages qui lui sont adressés. N'étant pas celui que le patient croit qu'il est, il devient plus à même d'interpréter, au moins pour lui-même, ce que le patient lui adresse. Il ne peut toutefois se sentir suffisamment dégagé de cette position potentiellement omnipotente et narcissiquement « séductrice » qu'en déplaçant une partie de la question du savoir en direction de la méthode.

1.3. Déplacement sur le dispositif méthodologique

Si le clinicien ne sait rien et doit apprendre « par » le patient, il possède néanmoins un savoir sur la méthode. Il sait « comment » savoir. Ce « comment » implique le dispositif méthodologique et le recours éventuel à différentes techniques.

Le clinicien peut apprendre de différentes façons : par ce que dit ce patient, ce qu'il dessine ou ce qu'il fait. On verra plus loin que le clinicien apprend tout autant par ce que ne dit pas, ne dessine pas ou ne fait pas le patient.

Le clinicien, et en particulier le psychologue clinicien, dispose en effet d'un ensemble de moyens techniques qui lui permettent d'apprendre quelque chose du patient ou, plus exactement, d'apprendre ensemble. « Être à l'écoute du patient » ne signifie pas seulement écouter ce qu'il dit ou regarder ce qu'il fait, mais « écouter, voir et sentir » ce que manifeste le patient sans savoir qu'il le manifeste. C'est dans ce cadre que la dimension de l'affect prend toute son importance. Si c'est nécessaire, le clinicien peut avoir recours à des éléments

techniques dont l'usage est suffisamment codé. Les techniques projectives et les tests de niveau (voir Chabert et Roman dans le même volume) apportent une mine de renseignements considérables. Le clinicien peut enfin faire appel à des aménagements du dispositif : la pratique de l'entretien à deux (double écoute) ou plus, au sein d'un groupe ; la proposition de jeu de rôles, amorçant l'éventualité d'un psychodrame ; les dispositifs « à médiation » (peinture, pâte à modeler, atelier d'écriture, etc.) constituent un ensemble potentiellement exploitable par le clinicien.

Il n'est toutefois pas nécessaire de déployer systématiquement un impressionnant arsenal technique afin de « parfaire » l'écoute du patient. Le plus souvent le clinicien peu expérimenté se sentira rassuré par le recours à différentes techniques, et la peur de « passer à côté » du diagnostic le conduira à proposer au patient la passation de toute une batterie de tests projectifs, de niveaux et de dessins. Le mieux est sans doute l'ennemi du bien mais, au moins au début, le jeune clinicien a raison de s'entourer de toutes les précautions nécessaires. L'expérience aidant, il réduira l'arsenal des techniques utilisées. On peut assez souvent remarquer que le clinicien se familiarise avec un type d'épreuves (projective ou de niveau, dessin, etc.) et, suffisamment à l'aise avec cette technique, l'utilise lorsqu'il a besoin de préciser un certain nombre de choses. Il paraît en tout cas utile, sinon nécessaire, que le clinicien ne se prenne pas pour un spécialiste de toutes les techniques mais en développe une ou deux, de façon suffisamment approfondie. On peut très facilement approcher le fonctionnement psychique d'un patient à partir des échelles de niveau comme le WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) ou la WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale).

1.4. Négativité

Le clinicien s'intéresse à ce que dit ou fait le patient, mais également à ce qu'il ne dit pas ou ne fait pas. C'est ce que nous désignons comme la négativité à l'œuvre. En effet, ce que le patient évite, oublie ou contourne a autant d'intérêt que ce qu'il dit ou réalise effectivement. Il reste toutefois à déterminer la spécificité de ce négatif, de ces « trous » dans ce que dit ou fait le patient.

On peut globalement distinguer trois types de négativité.

- Le premier type, historiquement très tôt reconnue par Freud, relève du refoulement. Quelque chose est refoulé, c'est-à-dire écarté de la conscience et désormais inconscient. Dans ce type de conjoncture, sur laquelle s'est appuyée la psychanalyse naissante,

le refoulé est non seulement inconscient, mais il implique des retours du refoulé par lapsus, actes manqués, rêves ou idées incidentes. Dans ce type de situation, en poussant les choses à l'extrême, le clinicien peut se contenter d'attendre : le refoulé fait toujours retour, d'une manière ou d'une autre.

– Le deuxième type de négativité relève du clivage. Si, dans la dynamique du refoulement, ce qui a été refoulé est conservé à l'intérieur de la psyché, le clivé est en revanche écarté de la psyché et expulsé. Le refoulé est une source d'enrichissement à travers les rêves, alors que le clivage appauvrit la psyché de façon considérable et coupe le sujet d'une part de lui-même. Le refoulement conserve et enrichit, alors que le clivage expulse et appauvrit.
– Il existe enfin une troisième forme de négativité, liée à ce qui n'a jamais pu advenir dans la psyché. La trace du vide ou du rien prend la place du refoulé ou du dénié. Il n'y a rien là où il aurait pu y avoir quelque chose.

La question est évidemment de parvenir à discerner ces trois formes de négativité. Rien, *a priori*, ne permet de les distinguer les unes des autres. Seul le temps, à travers une durée suffisante d'entretien, une succession de rencontres, et le recours éventuel à des techniques spécifiques (épreuves projectives, dessins, etc.) permettent de cerner les zones de négativité. Comme il a été précisé, l'être humain souffre de ce qui est refoulé, dénié ou non advenu au sein de sa psyché.

Ces formes de négativité engagent des types de souffrances et des symptomatologies spécifiques, mais elles peuvent également se rencontrer chez un même patient. On ne peut pas se contenter d'affirmer que le refoulement renvoie à la névrose aussi automatiquement que le clivage renvoie à la psychose. Les choses sont beaucoup plus complexes et on rencontre, chez un même patient, une cohabitation entre différentes formes de négativités. C'est une des raisons pour lesquelles, nous le verrons plus loin, nous nous écartons d'une conception structurale du fonctionnement psychique pour concevoir des modes d'organisation différents et simultanés.

1.5. Générativité associative

Écouter le patient, c'est l'écouter associer, c'est-à-dire passer d'une pensée à l'autre, d'un geste à l'autre, d'un dessin à l'autre, etc. Le clinicien est attentif aux liens, aux modalités de succession des paroles et des comportements. Non seulement l'attention est mobilisée par les contenus et la négativité, mais elle vise également la manière dont sont liés, associés ou, à l'inverse, séparés ces différents éléments. Les

associations verbales – ou non verbales, comme dans le dessin – rendent compte du travail psychique du patient qui déploie, à travers un ou plusieurs thèmes, différents fantasmes inconscients. Les associations sont, dans cette perspective, le reflet de ce qui se passe à l'intérieur, un peu comme les bulles qui apparaissent à la surface de l'eau rendent compte d'une activité en profondeur.

L'écoute de la générativité associative suppose une suffisante mise en retrait du clinicien. L'entretien psychopathologique – et, au-delà, tout entretien clinique – ne se réduit pas à une simple conversation entre deux personnes. La suffisante mise en retrait du clinicien signifie que ce dernier laisse la parole au patient et s'efforce de ne pas interférer dans le développement associatif avec ses propres préoccupations. On ne répétera jamais assez qu'il s'agit d'abord et avant tout d'écouter ce que le patient dit et ne dit pas de son histoire et de sa souffrance. Cette position simple engage fondamentalement notre orientation : le clinicien n'a pas pour but de décrire du dehors, un peu à la manière d'une observation objective, de quoi souffre le patient. Il doit s'engager pour entendre ce que le patient dit (fait) ou ne dit (fait) pas à propos de lui-même. Cet engagement implique la pleine reconnaissance de l'autre comme sujet humain.

En étant attentif à la générativité associative, le clinicien peut commencer à entendre les différents types de négativités qui infiltrent le « discours » du patient. Cette écoute « du dedans » nécessite que le clinicien soit suffisamment sensible aux effets que le discours du patient produit en lui. Le monde des affects est sollicité et produit toute une palette de sentiments parfois successifs, parfois simultanés : intérêt, excitation, sensation de proximité ou, au contraire, ennui, colère, impression de malaise ou douleur physique. Très globalement, plus les affects du clinicien sont sollicités, plus les modes de négativité se rapprochent du couple déni-clivage et du non-advenu.

2. L'actuel, l'adolescent, l'infantile et le primaire

Une des voies les plus communes en psychopathologie consiste à renvoyer les difficultés actuelles du patient à son histoire « primaire ». Cette position est conforme à l'idée que les événements vécus au cours de l'enfance sont essentiels à la compréhension de la souffrance psychique. Là encore, le mieux est l'ennemi du bien, et il est impératif de se méfier de cette facilité de pensée qui renverrait globalement toute psychopathologie à une causalité unique à chercher dans la seule petite enfance du patient. L'être humain ne répète jamais exactement de la même façon parce que les environnements dans lesquels

cette répétition advient ne sont jamais les mêmes : le sujet est toujours plus ou moins transformé par tout ce qui lui advient au cours du temps et par les réactions de son environnement. Il est donc nécessaire de distinguer différents temps et les implications de chacun d'eux au sein de la souffrance psychique.

Nous proposons à la suite de R. Roussillon de repérer quatre dimensions temporelles, chacune ayant ses logiques propres : l'actuel, l'adolescent, l'infantile et le primaire.

2.1. L'actuel

La prise en compte de l'actuel dans la souffrance du patient implique que le clinicien est attentif à ce qui, ici et maintenant dans la vie du patient, est source de souffrance. Avant de s'intéresser à l'histoire, on s'intéresse à ce qui se passe maintenant : comment le patient vit-il, avec qui ? Se sent-il seul ou au contraire suffisamment entouré ? Dispose-t-il d'une autonomie suffisante ? Quels événements récents (deuils, pertes, histoires amoureuses, relations professionnelles) l'ont affecté ? Ces différentes questions, parfois activement posées, dessinent un tableau global qu'il sera ensuite nécessaire d'affiner. Il est possible d'avoir recours à une image : on est face à un paysage vu de loin et, progressivement, on se rapproche pour distinguer les détails importants, l'accessoire et l'essentiel.

Cette première approche permet de commencer à repérer les points de souffrance actuels du patient. Par définition, ces éléments sont mus par une logique du moment (conflits conjugaux, professionnels), en elle-même source de difficultés. Il n'échappera à personne que la compréhension des effets d'un violent traumatisme actuel ne passe pas systématiquement par la mise au jour des enjeux précoces de l'histoire du patient. Toutefois, le recueil des éléments actuels dessine aussi la perspective de ce qui est resté non suffisamment traité au sein de la psyché.

L'actuel, ce sont enfin ce qui se noue ici et maintenant avec le clinicien, la qualité des échanges, leur plus ou moins grande fluidité et, en dernière instance, la capacité du patient à « utiliser » l'espace de parole et de lien qui lui est proposé.

2.2. L'adolescent

On ne saurait négliger l'importance du processus adolescent dans l'élaboration du fonctionnement de la psyché. Le clinicien a donc intérêt à tenter de saisir comment le patient a vécu son adolescence et quels conflits ou absence de conflits l'ont traversée. Sans reprendre

ici le détail des enjeux de l'adolescence, il est possible de souligner quelques jalons.

L'adolescence est le moment où se construisent les conditions de l'autonomie de l'être humain : différenciation et séparation avec les parents ; capacité d'élaborer ses propres signaux d'angoisse ; organisation d'une sexualité prenant en compte l'altérité et la différence des générations.

- La différenciation et la séparation avec les parents sont deux processus à la fois différents et combinés. La différenciation concerne l'émergence du sujet lui-même à partir d'une transitionnalisation sur la base d'une relation précoce « en double ». Le sujet élabore la capacité de vivre des moments d'indifférenciation avec autrui (dans l'état amoureux par exemple) sans pour autant se sentir constamment dans la confusion avec cet autre. La séparation implique une suffisante intériorisation de la représentation de l'objet. Se séparer suppose que l'on reste en lien au-dedans, sans pour autant avoir besoin de s'accrocher à la réalité de l'objet où à la représentation consciente de l'objet de façon continue. L'objet est présent et vivant au-dedans : il survit à la séparation (Winnicott, 1974 ; Roussillon, 1991).
- La capacité d'élaborer ses propres signaux d'angoisse suppose que le sujet se détache suffisamment des sollicitations parentales. Au début de son existence, le petit humain est étroitement dépendant des capacités de son entourage d'interpréter les signaux d'alerte qui signifient qu'il a faim, mal, trop chaud ou trop froid. Cette capacité d'interpréter les signes du corps se transfère progressivement au sujet lui-même. Plus spécifiquement, les parents protègent leur enfant en anticipant les situations de danger. Cette capacité d'anticipation est subjectivée par le petit humain qui devient progressivement capable de repérer les situations dans lesquelles il risque de se mettre en péril physiquement et psychiquement. On se situe donc ici dans la perspective de la construction de la capacité de se comprendre soi-même, s'interpréter soi-même, c'est-à-dire dans la logique des mouvements « auto ».
- L'organisation d'une sexualité prenant en compte l'altérité et la différence des générations est indépendante de toute « norme » hétérosexuelle. Comme l'hétérosexualité, l'homosexualité peut être un symptôme. Il s'agit par conséquent de saisir comment le sujet vit et éprouve sa sexualité au-delà des revendications idéologiques. La différence des générations organise l'ensemble. Elle est garante d'une structuration œdipienne qui dépasse la simple différence entre grands et petits, forts et faibles, c'est-à-dire des formes défensivement narcissiques des relations entre les êtres humains.

2.3. L'infantile

La période infantile est, globalement, un temps d'élaboration de la conflictualité œdipienne et des modalités d'organisations psychiques propres à la latence. S'il est bien entendu hors de question de demander à un patient « comment s'est passé son Œdipe », on dispose d'un certain nombre d'indices liés, entre autres, à la scolarisation et aux difficultés de socialisation.

Ces difficultés renvoient de façon typique aux problématiques de la subjectivation et de l'intégration pulsionnelle. Elles apparaissent ainsi comme des symptômes. Les apprentissages scolaires supposent une capacité de jeu. On peut dire, en une formule, qu'apprendre c'est d'abord jouer à apprendre. Mais apprendre suppose aussi des capacités de transposition de la curiosité sexuelle infantile qui se transfère au sein des éléments du savoir. Ces capacités de transposition impliquent la mise en œuvre suffisamment souple des processus de refoulement, de retour du refoulé et de déplacement.

L'infantile est également, lors de la traversée de la latence, le temps de l'élaboration d'une suffisante socialisation. Le petit être humain s'intègre au sein de groupes qui favorisent ce que R. Roussillon désigne dans la première partie de ce manuel comme la « départicularisation du surmoi ». Ces éléments de socialisation rendent compte de la constitution d'un sentiment d'appartenance au groupe humain en général.

2.4. Le primaire (l'archaïque)

Le primaire est par définition la période de l'existence du patient à laquelle nous n'avons pas accès. Le patient n'a pas de souvenir de ce qui a pu se passer ou de ce qui ne s'est pas passé. Par conséquent, ce moment de la vie est le plus sujet à caution ; de ce fait, il peut attirer toutes sortes d'hypothèses fantaisistes. Les étudiants et jeunes professionnels négligent souvent l'actuel, l'adolescent et l'infantile, et engagent d'emblée la réflexion sur les soins maternels et/ou les traumatismes précoces. Même s'il existe des éléments objectifs (deuil, naissance, déménagement, séparation, maladie impliquant une hospitalisation, etc.), on ne peut pas savoir comment le bébé qu'était le patient à ce moment a réagi. Les observations de nourrissons montrent que l'enfant est dépendant des réactions de son entourage, et qu'il se « règle » sur les émotions des adultes qui sont proches de lui. En d'autres termes, un bébé peut traverser sans trop de dommages une situation traumatique dans la mesure où ses parents ne sont pas débordés par l'angoisse. Cela ne signifie pas que les parents font comme s'il ne se passait rien, mais qu'ils sont capables d'aller

« suffisamment mal » sans pour autant se désorganiser et rompre le lien avec le bébé.

Ce paysage inconnaissable attire et séduit dans la mesure où toutes les hypothèses peuvent être énoncées sans grand risque d'être contredites. Tout est potentiellement possible. En réalité, les enjeux de cette période primaire ne sont repérables qu'à travers une série d'échos qui, d'une part, impliquent une fréquentation régulière du sujet et d'autre part, mettent en œuvre le contre-transfert.

Par exemple, Winnicott (1974) évoque la « crainte de l'effondrement » qui surgit parfois au cours d'une analyse. Les conditions de survenue de cette « crainte » sont très spécifiques. Elle surgit après un assez long temps d'analyse, à trois ou quatre séances hebdomadaires. Dans ces conditions – on serait tenté de préciser : dans ces conditions seulement –, cette crainte qui concerne un risque d'effondrement à venir peut être interprétée comme la résurgence et la projection d'un effondrement qui s'est déjà produit dans le passé, mais à une période où le moi du sujet n'était pas assez mature pour s'en forger une représentation et ainsi constituer l'événement en souvenir. À l'évidence donc, cette crainte ne peut pas être repérée du premier coup, dans une sorte d'*a priori* interprétatif qui ferait de toute crainte exprimée pour le futur la résurgence d'un effondrement traumatique primaire.

La notion de contre-transfert est souvent évoquée pour désigner tout ce que l'interlocuteur du patient peut ressentir à son égard. Quand on lit des phrases du type : « Je me sens agressif(ve) dans mon contre-transfert », on est conduit à préciser que le contre-transfert, comme le transfert, est d'abord un processus qui échappe à la conscience. En revanche, il est possible d'évoquer les « contre-attitudes », c'est-à-dire des mouvements affectifs réactionnels, les pensées qu'ils entraînent, et les émotions éprouvées à l'égard d'un patient. Le contre-transfert est en effet un processus qui se déroule dans le temps, et demande une décantation parfois assez longue. La prise de conscience s'effectue pas à pas, parfois de façon complexe sinon douloureuse. Il s'agit d'un travail de dévoilement qui, souvent, réclame le passage par un tiers écoutant. Par ses questions et ses remarques, ce tiers écoutant permet la mise au jour des enjeux contre-transférentiels.

C'est donc au sein de cette double nécessité – fréquentation suffisamment longue du patient et prise en compte du dévoilement contre-transférentiel – que peuvent être repérés les éléments qui renvoient aux premiers temps de vie du patient.

CHAPITRE 14

Modèle structural, processus représentatif, pôles d'organisation

L'histoire de la psychopathologie modélisée à partir de la métapsychologie psychanalytique est marquée par le modèle structural qui distingue les organisations névrotiques, psychotiques et les astructurations. Notre conception, issue de ce modèle, s'en distingue toutefois en intégrant les travaux cliniques les plus récents sur les états limites et le développement précoce. Nous allons brièvement résumer les enjeux du modèle structural, évoquer l'idée de processus représentatif afin de poser les jalons de cette conception.

1. Modèle structural

Le modèle structural est essentiellement représenté en France par les travaux de J. Bergeret (1972, 1985) qui propose une distinction entre différents modes d'organisations de la psyché à partir de trois facteurs essentiels : les défenses, le type d'angoisse et les modalités de la relation d'objet. Nous allons rapidement reprendre ce modèle en soulignant ce qu'il apporte à la compréhension de la psychopathologie. Nous envisagerons ensuite ses limites compte tenu des avancées de la clinique.

Le modèle structural distingue deux grandes structures du fonctionnement psychique et une catégorie dite « astructurations ». Les deux grandes structures sont de nature psychotique ou névrotique. La catégorie astructurée concerne globalement les états limites.

1.1. Définitions

1.1.1. Modalités de fonctionnement de la psyché et formes de décompensation

Il faut d'abord distinguer entre les modalités de fonctionnement de la psyché et ses formes de décompensation. La psyché peut fonctionner sur un mode névrotique – une « structure » névrotique – sans présenter de pathologie névrotique, ou sur un mode psychotique – une « structure » psychotique – sans présenter de pathologie psychotique. Tant que le sujet ne rencontre pas une situation qui dépasse ses capacités de traitement liées à ses modalités de défenses, il ne « décompense » pas.

- Au sein de la « structure » névrotique, le mode d'organisation de la psyché est vectorisé par le complexe d'Œdipe, la reconnaissance et l'intégration des différences des sexes et des générations. L'angoisse est essentiellement l'angoisse de castration et les modalités défensives sont hiérarchisées par le refoulement et ses effets. Il n'y a pas de « cassure » au sein de la psyché : ce qui a été refoulé est conservé de façon inconsciente et resurgit dans les rêves et à travers la symptomatologie. Les symptômes névrotiques « disent », sur une autre scène et surtout par le moyen d'un travail de symbolisation et de déplacement, ce qui ne peut pas être élaboré par le moi.
- Au sein de la « structure » psychotique, le mode d'organisation est spécifié par l'échec de l'organisation œdipienne. Les différences des sexes et des générations n'organisent pas le fonctionnement psychique. L'angoisse est relative à l'anéantissement, au morcellement, et les modalités défensives sont structurées par le clivage, le déni et la projection. Il existe une « cassure » au sein de la psyché telle que le sujet est coupé de lui-même. À la différence des « structures » névrotiques, ce qui échappe au sujet n'est pas conservé à l'intérieur de la psyché par le refoulement, mais est expulsé au-dehors, diffracté en plusieurs cibles. Cette partie de lui qui a été expulsée fait retour dans le délire et les hallucinations, le tout étant accompagné d'un sentiment d'étrangeté radicale et parfois de terreur.
- Dans le cadre de l'aménagement état limite (ou astructurations), l'Œdipe ne se présente pas sous la forme d'une triangulation différenciée mais comme triade narcissique qui distingue grands et petits, forts et faibles. Les différences des sexes et des générations ne sont pas pleinement organisatrices du fonctionnement psychique et jouent dans le registre narcissique. L'angoisse est d'abord une angoisse de perte, de séparation, et les modalités défensives font appel au déni, au clivage et à l'étayage.

1.1.2. Symptômes, défenses, angoisse et caractéristiques du lien à l'objet

Il est essentiel de distinguer entre les symptômes, les défenses, le type de l'angoisse et les caractéristiques du lien à l'objet.

J. Bergeret souligne que le symptôme, en tant que tel, dit peu de chose sur le type de structure qui anime la psyché. Un symptôme d'allure névrotique, comme un ensemble de rituels ou des formes de conversion apparemment hystériques, peuvent tout autant renvoyer à une organisation névrotique de la psyché qu'à une organisation psychotique. On ne peut pas construire, sur la simple observation de la symptomatologie, une hypothèse concernant la structure sous-jacente.

Trois autres facteurs doivent être examinés : les défenses, la nature de l'angoisse et les modalités du lien à l'objet.

Les travaux de R. Fliess (Bergeret *et al.*, 1972), le fils de W. Fliess, mettent en évidence ce qu'il désigne comme la *divided-line*. La ligne de division sépare deux types de fonctionnement de l'organisation anale.

En deçà de la *divided-line*, on rencontre les formes d'organisation orale et anale de la pulsion marquées par les processus d'expulsion, c'est-à-dire des modalités de fonctionnement psychique centrées sur la difficulté de la différenciation soi/autre, le recours à la projection hors de soi et dans autrui. On repère ici certaines caractéristiques essentielles du fonctionnement psychotique.

Au-delà de la *divided-line*, on trouve les formes d'organisation anales marquées par le plaisir de rétention puis les modalités d'organisation centrées sur la différence des sexes et la problématique phallique. Le sujet a constitué ses limites essentielles. Le fonctionnement de la psyché est organisé davantage par les processus de type déplacement, renversement dans le contraire et, surtout, refoulement. La différence entre le dedans et le dehors étant constituée, on assiste à un aménagement topique de ce « dedans ». Le refoulement crée la catégorie de l'inconscient secondaire, essentiel dans le développement des organisations névrotiques.

Partant d'un traumatisme désorganisateur précoce, les astructurations se développent de façon particulière. Elles échappent partiellement aux grandes étapes organisatrices du fonctionnement psychique. Elles constituent une sorte de patchwork qui emprunte à diverses modalités défensives et organisatrices. Elles miment la névrose ou la psychose sans être réellement organisées comme de véritables névroses ou psychoses.

C'est au sein de cet ensemble qu'il est nécessaire de distinguer entre défenses, angoisse et lien à l'objet, facteurs qui doivent être

pris en compte, en plus de la symptomatologie, pour une évaluation du mode de fonctionnement psychique fondamental du patient.

On peut considérer que la relation partielle à l'objet renvoie à des modalités du lien au sein desquelles la différenciation soi/autre n'est pas suffisamment solide. La relation totale à l'objet signe en revanche la reconnaissance suffisante de l'altérité de l'objet (sur les modalités spécifiques de la construction de l'altérité et précisément l'homosexualité primaire « en double »).

Au sein du modèle structural, la relation partielle à l'objet se rencontre plutôt du côté des structures psychotiques, alors que la relation totale à l'objet caractérise les structures névrotiques. C'est dans ce cadre que le terme « aménagement », pour qualifier la catégorie des astructurations ou états limites, prend tous son sens. Dans la mesure où ces modes de fonctionnement psychique ne sont ni totalement névrotiques ni totalement psychotiques, les modalités du lien à l'objet qu'ils organisent sont relativement spécifiques. Le lien à l'objet se caractérise par la nécessité vitale de l'appui.

On peut avoir recours ici au modèle proposé par M. Fain (1971) qui concerne la place des autoérotismes dans l'endormissement des bébés. Imaginons trois bébés au moment du coucher. Le premier prend son pouce et s'endort rapidement après avoir passé un moment en présence de sa mère. Le deuxième bébé ne parvient à s'endormir que lorsque sa mère est présente à ses côtés. Si la mère constate que le bébé s'est endormi et commence à se retirer, le bébé se réveille et pleure. Il ne se calme que lorsque sa mère est présente réellement à ses côtés. Le troisième bébé s'épuise dans des formes d'autobercements qui n'ont rien d'autoérotique. Ce n'est qu'en étant épuisé qu'il peut s'endormir.

En caricaturant, on peut considérer que le premier bébé construit un lien satisfaisant à l'objet en intériorisant ses caractéristiques apaisantes. Le troisième bébé a besoin de se vider compulsivement afin de trouver le calme qui se confond avec l'épuisement. Le lien à l'objet n'est pas organisateur de la psyché ou, plus exactement, ce lien se spécifie par son absence ou sa carence. Le deuxième bébé a besoin de la présence concrète de l'objet pour se sentir apaisé, mais il n'intériorise pas suffisamment les caractéristiques apaisantes de cet objet pour que les autoérotismes prennent le relais de la présence effective. Ce type de lien paraît typique des états limites. L'objet est nécessaire comme étayage. Sa présence réelle vient pallier les défauts de l'introjection. L'emprise sur l'objet est d'autant plus forte que les autoérotismes sont faibles.

1.2. Limites du modèle structural

Les travaux de J. Bergeret ont eu une influence considérable sur l'enseignement et la pratique de la psychopathologie depuis de nombreuses années. Cette ligne de pensée doit toutefois être infléchie à la lumière des travaux cliniques récents.

Notre perspective s'écarte du modèle structural à partir de deux considérations générales : la première porte sur le fondement même de la théorie structurale ; la seconde concerne la prise en compte de l'objet et son rôle dans la question du traumatisme.

1.2.1. Limites liées au modèle structural même

La notion de structure, névrotique ou psychotique, implique une sorte de frontière infranchissable. Une fois que l'adolescence a permis le renforcement de l'organisation préalable, une fois que les réaménagements se sont produits, le type de fonctionnement basal de la psyché est établi et il n'existe aucune possibilité d'en changer. Le sujet « fonctionne » sur le mode d'une structure psychotique ou névrotique. Il en va de même pour les astructurations : jusqu'à ce que le sujet rencontre un éventuel deuxième traumatisme désorganisateur qui entraînera une décompensation, son mode de fonctionnement et ses aménagements défensifs restent les mêmes.

Dans cette perspective, il n'existe pas de possibilité de passage d'une structure ou d'un mode d'aménagement à l'autre. La seule période où une telle transformation est possible est l'adolescence. À ce moment, et à ce moment seulement, un sujet préorganisé sur un mode névrotique peut, par suite d'événements traumatiques désorganisateurs lourds, basculer dans un mode de fonctionnement psychotique ou état limite. L'inverse est également vrai : un sujet préstructuré sur le mode psychotique peut, par suite de rencontres étayantes, se réorganiser dans un mode névrotique. Cette possibilité est également envisageable pour les astructurations. Cette étanchéité postadolescence peut être mise en perspective. Le sujet construit, au fur et à mesure de son développement, des possibilités de fonctionnement qui font appel à diverses formes, névrotiques, psychotiques ou états limites. Qu'il fonctionne de façon prévalente sur l'un ou l'autre de ces différents modes ne signifie pas pour autant qu'il est définitivement prisonnier de ce mode de fonctionnement psychique.

D'un point de vue thérapeutique, dans la logique du modèle structural, prendre en charge un sujet de structure psychotique n'ouvre qu'une perspective d'aménagement de sa structure et jamais

une transformation de son mode de fonctionnement psychique. Pourtant, le modèle structural prend en compte, dans la genèse de la structuration psychotique et des astructurations, la mise en œuvre de traumatismes désorganisateurs précoces. Dans le cas des astructurations, c'est la rencontre avec un deuxième traumatisme désorganisateur qui fait basculer le sujet dans la décompensation. Ces traumatismes sont liés à l'objet, à la façon dont l'objet accompagne les événements qui viennent toucher la vie psychique. Or, le modèle structural ne prend en compte que les traumatismes désorganisateurs : le « pouvoir » de l'objet est uniquement un pouvoir de nuisance et jamais un pouvoir « bon » à symboliser, sauf exceptionnellement à la période sensible de l'adolescence.

Les travaux contemporains soulignent que les formes de présence et d'absence de l'objet accompagnent et soutiennent la mise en œuvre de capacités symbolisantes « suffisamment bonnes » chez le sujet. Autrement dit, un sujet ne s'engage pas dans la lignée névrotique parce qu'il a simplement un environnement qui ne présente pas de signe pathologique majeur. Le sujet s'engage dans la lignée « névrotique » parce que, dès le début, il est activement soutenu par un environnement qui accomplit un certain nombre de choses pour lui et autour de lui, et se montre capable d'éprouver en écho, au sein de la relation homosexuelle primaire « en double », ce que le sujet éprouve.

1.2.2. Prise en compte de l'objet

La question de l'objet comme source de réorganisation et de transformation est insuffisamment prise en compte dans le modèle structural, ce qui présuppose toute une perspective remaniée du développement psychique. Ce qui est resté en suspens au sein de la psyché peut potentiellement se réorganiser, pour autant qu'une rencontre avec un objet « bien au courant » peut se produire. Il ne s'agit pas de « croire au miracle », mais d'envisager constamment le développement de potentialités psychiques restées en suspens. Même si, dans la pratique, une telle éventualité n'est pas toujours possible, sa potentialité ne peut pas être exclue. Même si certains sujets présentent des pathologies gravissimes associées à des inhibitions majeures de leurs capacités cognitives et relationnelles, la transformation, fût-elle minimale, reste potentiellement possible. Il s'agit donc de poser en principe que le développement de la vie psychique est une visée indiscutable du clinicien même si, dans la réalité de la position praticienne, la transformation se révèle très difficile ou quasi impossible.

1.2.3. Modes de fonctionnement psychosomatiques

Un dernier point mérite d'être relevé. Le modèle structural peine à rendre compte des modes de fonctionnement dits « psychosomatiques ». Dans quelle catégorie classer ces modes de fonctionnement qui mettent souvent en échec nos critères diagnostiques et, surtout, se révèlent au fil du temps transnosographiques : la question psychosomatique engage moins une nosographie spécifique qu'une approche psychosomatique des processus (Combe, 2002, 2004 ; Dumet, 2002) ?

Ces considérations nous conduisent à abandonner le concept de structure, trop rigide pour rendre compte des complexités de la vie psychique, pour lui substituer celui de processus et pôles organisateurs de la psyché.

2. Processus représentatif et pôles organisateurs

2.1. Position dépressive et complexe d'Œdipe

On peut définir globalement deux organisateurs processuels du psychisme : la position dépressive et le complexe d'Œdipe. R. Roussillon et A. Ciccone développent en détail les enjeux de ces différents organisateurs et nous n'en reprenons que l'essentiel. Ces deux organisateurs ne doivent pas être considérés comme des moments datables, ou comme des stades correspondant à des âges précis. Il s'agit de processus, donc d'histoires, de mouvements et de développements dynamiques. Chaque processus est en outre élaboré en interaction avec l'entourage.

Le processus qui aboutit à l'organisation de la position dépressive passe par la différenciation soi/objet, le deuil de l'objet primaire en double narcissique et la constitution de l'objet total rassemblant des aspects bons et mauvais. Les modalités de l'angoisse vont de l'anéantissement (agonie) et du morcellement à la perte d'objet. Les défenses contre les angoisses primaires (déni, clivage, identification projective, idéalisation, omnipotence) sont à l'œuvre. On observe une oscillation constante entre la position schizoparanoïde et la position dépressive.

Le complexe d'Œdipe organise l'accès à la différence des sexes et des générations. L'angoisse est de façon prévalente une angoisse de castration-pénétration. Les défenses sont essentiellement structurées autour du refoulement et des effets du retour du refoulé : déplacement, contre-investissement, formation réactionnelle, etc.

La prise en compte de ces deux organisateurs processuels permet d'assouplir la rigidité de la conception structurale articulée autour de

la *divided-line* de R. Fliess. En combinant ces deux processus, on peut dessiner une perspective assez complète et nuancée de la psychopathologie. Il est surtout possible de rendre compte de l'existence de zones psychiques organisées de façons différentes, articulées ou non articulées entre elles.

La clinique nous confronte en effet à des situations au sein desquelles l'organisation œdipienne voisine avec des modes de fonctionnement qui rendent compte de la défaillance de l'accès à la position dépressive. Inversement, on rencontre des modalités dans lesquelles le système prévalent semble être de type psychotique, c'est-à-dire sans accès stable à la position dépressive, mais qui cohabite avec des modalités de fonctionnement de type potentiellement œdipien.

Certes, la carte n'est pas le territoire, et la pratique nous confronte à des difficultés ou à des nuances que les modèles théoriques ne parviennent pas à prédire. Mais l'essentiel est que le clinicien dispose d'outils qui rendent suffisamment compte de la plasticité psychique et ne l'enferment pas dans un système clos : ou névrotique, ou psychotique, ou état limite. Dans un certain nombre de cas – de façon semble-t-il de plus en plus fréquente au fur et à mesure que l'expérience s'accroît –, on est tenté de répondre : « les trois à la fois... cela dépend du point de vue et du moment ». Il ne s'agit pas de tout confondre, ni de noyer la psychopathologie et ses aspects diagnostiques dans un melting-pot où « tout serait dans tout et réciproquement », mais de donner des points de repère et, surtout, des modèles d'analyse nuancés, l'objectif étant toujours de repérer les potentialités psychiques, transformatrices et représentatives du sujet, même si la pratique dément cette perspective dans telle ou telle situation spécifique.

2.2. Modalités psychotiques du fonctionnement psychique

Globalement, les modalités psychotiques d'organisation du psychisme tournent autour de l'inaccessibilité de la position dépressive. Elles supposent l'échec de la différenciation première sujet/objet, et de ce que R. Roussillon, dans la première partie de ce manuel, nomme le « détruit/trouvé ». Cette inaccessibilité doit être entendue comme une instabilité. La position dépressive est impossible à élaborer parce qu'elle est instable, fragile et ne tient pas. Mais il convient d'être nuancé : l'impossibilité d'accès à la position dépressive doit être entendue comme un constat : la position dépressive n'a pas pu, jusque-là, être élaborée, ce qui ne signifie pas qu'elle soit radicalement exclue. La rencontre avec un objet (ou un groupe) suffisam-

ment contenant, un objet qui « survit » suffisamment bien, proposant des modèles de transformation adaptés peut potentiellement en ouvrir l'accès. Certaines expériences relationnelles peuvent modifier les paramètres et consolider ce qui était jusque-là trop fragile pour véritablement organiser le psychisme. Si cette possibilité théorique ne tient évidemment pas compte des conditions effectives ni des moyens mis à la disposition des thérapeutes, elle ne peut pas être exclue *a priori*.

Au sein de ce cadre, certains facteurs doivent être pris en compte relativement à la nature des expériences précoces et de l'angoisse. Les modalités psychotiques du fonctionnement psychique peuvent être plus ou moins sectorisées ou envahir la totalité de la psyché. De même, les délires peuvent plus ou moins s'appuyer sur des éléments de réalité actuelle et faire appel à des capacités cognitives parfaitement fonctionnelles. Il est nécessaire de distinguer différentes formes de schizophrénies et de paranoïas susceptibles d'évoluer au cours du temps. Mais chacune est repérable à partir d'un certain nombre de constantes relationnelles qui en sont comme la « marque ». En dehors de toute discussion autour de l'organogenèse ou de la psychogenèse au sein de la psychopathologie, on ne peut que constater que la psyché évolue au cours du temps.

2.3. Modalités névrotiques du fonctionnement psychique

Du côté des organisations centrées sur une dynamique névrotique, c'est-à-dire suffisamment élaborées autour de la position dépressive et de l'Œdipe, nous reprenons les distinctions freudiennes à propos des névroses « authentiques », c'est-à-dire l'hystérie de conversion, l'hystérie d'angoisse et la névrose obsessionnelle. On peut toutefois souligner qu'il s'agit d'épures auxquelles la clinique ne nous confronte pas, sauf à ignorer d'autres aspects du fonctionnement psychique des sujets. Un exemple rapide, tiré de la littérature classique, suffit à illustrer ce point. L'histoire du petit Hans (Freud, 1909a) est habituellement présentée comme la constitution d'une névrose phobique chez un enfant de 5 ans. À la suite des recherches de J. Bergeret (1987 ; Bergeret *et al.*, 2001), ce cas semble surtout mettre en évidence une problématique narcissique largement infiltrée d'enjeux transgénérationnels. On assiste donc à la réévaluation problématique d'une situation clinique qui a longtemps été présentée comme une forme « pure », ou suffisamment pure, de névrose.

On peut faire le même constat à partir des états limites et observer leur cousinage marqué du côté des mécanismes psychotiques, sans

qu'on retrouve, dans ces situations, de délires organisés ou de moments hallucinatoires déclarés. Pourtant, on est confronté à ce que certains auteurs (Donnet et Green, 1973) désignent comme « psychose blanche », sans délire, ou à ce qu'E. Kestemberg, J. Kestemberg et S. Decobert (1973) appellent les « psychoses froides ». On se situe dans une sorte de zone intermédiaire entre une forme psychotique et une forme limite. La même remarque peut être faite pour l'hypocondrie (Jeanneau 2002 ; Burloux, 2004).

2.4. Fonctionnement pluriel de la psyché

La nécessaire transformation de nos modes d'approches du fait psychopathologique conduit à modifier une théorie des blocs structuraux, nettement différenciés les uns des autres et jusqu'à un certain point antagonistes, au profit d'une conception plus mouvante, et du coup plus instable, du fonctionnement psychique (Chabert *et al.*, 1999). Même si on peut repérer un mode de fonctionnement psychique prévalent d'un individu à l'autre, on constate que, chez un même individu, fonctionnant suivant des modalités névrotiques, d'autres types de fonctionnements sont effectivement présents de façon non seulement alternative en fonction des aléas de l'existence, mais simultanée. On est ainsi conduit à considérer que la psyché fonctionne habituellement selon un modèle pluriel, les événements de l'existence venant réactiver telle ou telle forme de lien à l'objet, tel type de défense ou d'angoisse. Tel ou tel mode est le plus souvent organisateur principal, mais les autres restent activables en fonction des circonstances. La pathologie tient essentiellement au blocage de l'un des modes au détriment des autres, à la paralysie d'une ou de plusieurs solutions d'élaboration psychique au profit d'une seule.

De même que la vie psychique s'organise autour d'une temporalité plurielle, on peut dire que ses modes de fonctionnement impliquent plusieurs centres ou plusieurs pôles simultanément. L'équilibre entre ces différents pôles peut se défaire et basculer plus ou moins durablement autour d'un seul mode de fonctionnement impliquant alors toute une batterie de défenses spécifiques et répétitives.

CHAPITRE 15
Angoisses et défenses

1. Introduction

L'angoisse, au même titre que la souffrance, accompagne normalement la vie humaine. L'angoisse n'est pas un signe psychopathologique en soi. Elle témoigne des effets du travail psychique lorsque le sujet est confronté à certaines situations : examen, demande d'emploi, tension avec un proche, deuil, etc. La capacité à ressentir l'angoisse et à la supporter, sans se désorganiser et sans chercher à tout prix à la supprimer, témoigne d'une suffisante « santé » psychique. L'angoisse est, de plus, utile à la vie psychique. Elle possède une fonction d'alerte qui prévient les éventuelles situations de danger (interne ou externe) auxquelles le moi peut être confronté. L'angoisse possède une fonction de signal.

En dehors de situations anxiogènes banales, la clinique confronte à des formes extrêmement variées qui vont de manifestations corporelles discrètes aux expressions les plus spectaculaires en passant par l'absence de toute trace d'angoisse. Certains sujets décrivent des angoisses diffuses dont ils ne peuvent pas définir la source ; d'autres évoquent des formes de malaise corporel (étouffement, « nœud » dans l'estomac, gorge serrée, palpitations, sudation) ; d'autres, enfin, fournissent un contenu plus ou moins précis à leur angoisse : peur d'être attaqué, pénétré, découvert, de se décomposer, de perdre ses capacités sexuelles, d'échouer, etc. Si on veut décrire objectivement toutes les expressions d'angoisses, on risque de rencontrer autant de formes d'angoisses que de sujet angoissés.

Il est utile, dans un premier temps, de différencier trois types d'expériences : peur, effroi et angoisse.

- La peur est éprouvée devant un danger réel, objectif. Elle fonctionne comme un signal qui met en œuvre toute une série de processus physiologiques qui vont permettre au sujet soit de faire face et de se battre, soit de fuir.

- L'effroi est éprouvé devant un danger objectif mais le sujet est paralysé et impuissant. Il est réellement en danger d'être détruit par ce qui le menace et ne dispose d'aucun moyen de combat ou de fuite.
- L'angoisse est éprouvée face à un danger interne. De quel danger s'agit-il ?

Freud (1926) avance que l'angoisse névrotique est ressentie face aux exigences pulsionnelles. Ces exigences sont considérées comme dangereuses dans la mesure où elles placent le moi devant le risque de perdre l'amour de l'objet.

Il est nécessaire de distinguer entre le risque de perte d'amour, la perte d'amour effective (l'objet restant présent objectivement), et l'absence de l'objet. Toutes ces expériences ne sont pas équivalentes. Le sujet peut interpréter comme perte d'amour un changement dans l'attitude de l'objet qui résulte, à ses yeux, de ses propres attaques haineuses et envieuses contre cet objet. Le sujet fantasme qu'il a détruit, donc perdu, l'objet. Cette situation est différente de celle dans laquelle l'objet attaque réellement le sujet ou disparaît.

Le risque de perdre l'amour de l'objet repose, dans la perspective freudienne, sur une double expérience.

- L'une, d'ordre phylogénétique, est exposée dans *Vues d'ensemble sur les névroses de transfert* (1915d) texte dans lequel Freud avance l'idée que l'espèce humaine a vécu un traumatisme. L'humanité est devenue anxieuse sous l'influence des changements radicaux imposés par l'émergence de l'époque glaciaire.
- L'autre, consubstantielle à l'existence individuelle, est la conséquence des inévitables situations de frustration, de privation (J. Lacan, 1966) et de déception ou de traumatisme rencontrées par le petit homme au cours de son développement.

À la source de l'angoisse, il y a donc un danger réel, rencontré historiquement par l'espèce et par chaque individu au cours de ses premiers moments de vie, y compris au cours de ce que Rank (1924) appelle le « traumatisme de la naissance ». Un certain nombre de travaux actuels évoquent par ailleurs les expériences vécues par le fœtus au cours de son développement au sein du ventre maternel (Bergeret et Houser, 2004). L'angoisse exprime par conséquent en dernière instance une situation de détresse effective.

Si l'angoisse est angoisse de perte d'amour, la clinique montre cependant qu'elle n'est pas que cela. Une telle conception suppose en effet un objet aimant. L'angoisse, telle que Freud la conçoit en 1926, est une forme déjà élaborée qui implique toute une série de processus en amont.

La clinique contemporaine, en particulier la clinique auprès de très jeunes bébés, et plus généralement la prise en compte des patho-

logies psychotiques et états limites montrent que le très jeune enfant peut éprouver des angoisses qui ne réfèrent pas au risque de perte de l'amour de l'objet. On est alors conduit à penser que l'angoisse se déploie suivant une sorte de spectre, dont le niveau le plus élaboré est représenté par l'angoisse de castration dans sa valeur de signal d'alarme. Mais, au niveau primaire et dans certaines situations, l'angoisse perd sa spécificité jusqu'à se confondre avec une pure expérience de détresse.

Freud soutient que l'angoisse est une réactivation : quelque chose s'est produit, avant et ailleurs, et le sujet redoute la réactualisation d'une telle expérience. La plupart du temps, les expériences douloureuses ressenties par le bébé, tout en étant inévitables, sont suffisamment contenues, organisées et traitées par l'entourage pour qu'elles soient tolérées. Le petit enfant trouve un appui, une compréhension et, surtout, un écho de ce qu'il ressent auprès de son environnement. Il est soutenu dans son travail de psychisation et de subjectivation de toutes les expériences qu'il traverse. Petit à petit, il saisit et interprète lui-même les signes d'angoisse qui l'affectent, dans la mesure où ces signes ont d'abord été sentis et traités par son entourage.

Tous les bébés ne sont cependant pas soutenus par leur environnement. Un bébé ne trouve parfois aucun appui dans son entourage pour traiter l'angoisse. Non seulement ses éprouvés ne sont pas transformés, et ne lui sont pas adressés en retour de façon tolérable, mais il peut être activement abandonné, voire disqualifié dans ce qu'il éprouve. Le bébé n'est pas alors confronté à l'absence de l'objet, mais à une certaine forme de présence : un objet présent mais hostile, indifférent ou désorganisé. Les modèles radicaux de traitement de l'angoisse par clivage peuvent se mettre en place dans ces situations. Le bébé se coupe de ses éprouvés, renonçant ainsi à une partie de lui-même ; il se colle à l'objet, dans une forme de complicité active. La clinique des enfants violents (Berger, 1997) souligne que ces enfants sont confrontés non à des angoisses de morcellement ou de perte, mais à de véritables angoisses d'anéantissement.

Toute réflexion psychopathologique rencontre inévitablement le problème de la nature transnosographique de l'angoisse. Un sujet organisé de façon névrotique autour de la problématique œdipienne nouant la différence des sexes et des générations peut avoir traversé, au cours de sa petite enfance, une situation de détresse. Cette situation a mobilisé en lui un certain nombre de processus psychiques qui se sont combinés à d'autres au cours du temps. L'expérience traversée et les modalités construites pour la traiter ont donc infléchi son développement. Ce qui reste présent en lui est moins le souvenir concret de

l'expérience que les traces des défenses mobilisées pour survivre. Il est habité, partiellement, par une lutte contre le retour, la réactualisation, d'une expérience de détresse.

Deux possibilités, au moins, sont alors ouvertes : soit l'expérience est sectorisée et concerne une part plus ou moins large de son fonctionnement psychique ; soit elle infiltre l'organisation névrotique elle-même, en particulier les modalités de l'angoisse de castration à laquelle elle confère une coloration spécifique. Si une situation actuelle entre en écho avec les traces de cette expérience passée insuffisamment subjectivée, les modes défensifs vont se réactiver, clivage, déni et alexithymie (Corcos et Speranza, 2003).

Les expériences de la petite enfance et les systèmes défensifs mobilisés ont par conséquent un impact sur le mode de fonctionnement psychique prévalent du sujet, soit de façon latérale, soit en venant le colorer intrinsèquement de façon spécifique. L'angoisse de castration, représentative des modalités névrotiques de l'organisation du psychisme, contient la potentialité d'autres formes d'angoisses. Elle n'existe pas sous une forme unique, repérable en tant que telle d'un sujet à l'autre. Elle doit être conçue comme un processus, une histoire, qui abrite et contient d'autres formes d'angoisses rencontrées, et plus ou moins traitées au fil du développement du sujet.

Inversement, un sujet centré sur la lutte contre des formes d'angoisse de nature psychotique, morcellement ou anéantissement, présentant des modalités défensives de type clivage et déni, peut avoir rencontré, au cours de son développement, des formes de lien à l'objet qui lui ont permis d'amorcer un processus autour de la position dépressive. Au sein de ce secteur, les modalités de la différence des sexes et des générations de nature œdipienne et pas seulement de type narcissique ont pu commencer à être élaborées. L'angoisse de morcellement et d'anéantissement contient donc potentiellement l'émergence de l'angoisse de castration.

Dans ce chapitre, nous n'aborderons que les grandes formes d'angoisse rencontrées en clinique adulte. On se référera au chapitre rédigé par A. Ciccone pour les formes d'angoisses et de défenses rencontrées chez le bébé et l'enfant.

2. Les différentes formes de l'angoisse

Nous distinguons trois grandes orientations : les angoisses primitives, les angoisses de différenciation/séparation, c'est-à-dire liées à la différence moi/non-moi, et les angoisses liées à la différence des sexes. Cette classification n'est pas superposable aux trois grandes

formes d'organisations psychiques, psychoses, états limites et névroses. Elle correspond davantage, mais sans les recouvrir tout à fait, à des positions psychiques spécifiques : position autistique et position paranoïde-schizoïde pour les angoisses primitives ; position dépressive pour les angoisses de différenciation/séparation et pour les angoisses liées à la différence des sexes. Les angoisses primitives présentes dans les pathologies psychotiques peuvent être rencontrées, de façon évidemment moins vive, dans les organisations états limites et névrotiques. Elles sont présentes dans les formes psychosomatiques de la désorganisation. De même, les angoisses liées au processus de différenciation/séparation ne sont pas cantonnées aux organisations limites du psychisme. Elles infiltrent largement les formes névrotiques et psychotiques de la souffrance psychique.

2.1. Angoisses primitives

2.1.1. Angoisse d'anéantissement

L'angoisse d'anéantissement relève de ce que M. Klein (1952b) désigne comme des angoisses primaires en lien avec le travail interne de la pulsion de mort. Winnicott (1965) évoque des sentiments de « désintégration », des angoisses « inimaginables », des menaces « d'annihilation ». Dans *La Crainte de l'effondrement* (1974), il parle d'« agonie primitive » en évoquant le retour à un état de non-intégration.

Toutes ces formes appartiennent aux éprouvés les plus précoces, mais elles sont habituellement soutenues et intégrées en lien avec les fonctions contenantes et soutenantes de l'environnement, le « holding » et le « handling ». Lorsqu'elles se développent de façon excessive, sans suffisant apport environnemental, elles constituent le noyau d'expériences de détresse. Winnicott décrit la crainte de l'effondrement qui vise apparemment une catastrophe à venir, mais consiste en réalité dans la lutte contre le retour d'une expérience d'effondrement, de non-intégration, déjà vécue à un moment où le moi du bébé n'était pas encore suffisamment mature pour s'en forger une représentation. Ces formes sont probablement à la source des attaques de panique, qui sont des formes d'angoisses brutalement envahissantes et paralysantes.

Il faut souligner que ces éprouvés précoces appartiennent à l'univers du bébé et impliquent chez lui des formes défensives normales et nécessaires au développement psychique : le rapprochement avec l'objet, le collage et l'agrippement. Ce n'est qu'à partir du moment où ces angoisses ne sont pas contenues et traitées par l'environnement qu'elles prennent une tournure pathologique et infiltrent tout le développement ultérieur. Les modalités défensives mobilisées

passent par le même éventail, du plus normal au plus pathologique : du démantèlement à l'agrippement, en passant par le déni et le clivage.

2.1.2. Angoisse de morcellement

Nous accordons une place spéciale à l'angoisse de morcellement au sein des angoisses primitives dans la mesure où, à la différence de l'angoisse d'anéantissement qui se réfère d'abord à des éprouvés liés au processus d'intégration, elle implique que quelque chose qui a été construit est en risque de se défaire. On peut dire que le morcellement suppose un avant non morcelé, un processus ayant permis l'amorce d'une cohérence. La perte de cette cohérence, la désorganisation de ce qui a été organisé, est au cœur de l'angoisse de morcellement. En ce sens, comme l'angoisse de vidage, elle peut être considérée comme une ébauche des angoisses de différenciation/séparation.

L'angoisse de morcellement est habituellement considérée comme typique des problématiques psychotiques. Le sujet est envahi par la sensation de partir en morceaux, de se démembrer, de se déconstruire en tant que sujet, de se fragmenter. L'angoisse de morcellement présente un certain degré d'élaboration de l'angoisse d'anéantissement dans la mesure où elle implique potentiellement l'expérience de la contenance d'un objet et l'expérience de rassemblement avec et grâce à cet objet. Ce ne sont toutefois pas l'objet et sa perte qui sont au premier plan mais les effets de cette perte. Cette conception de l'angoisse de morcellement est essentielle dans la mesure où elle amorce, au moins potentiellement, la position dépressive. Les modalités défensives relèvent de l'agrippement et du clivage.

2.1.3. Angoisse de vidage

L'angoisse de vidage, de perdre sa substance, ses contenus, suppose implicitement une enveloppe. Si un contenu peut être perdu, c'est qu'il existe un contenant. Comme l'angoisse de morcellement, l'angoisse de vidage présente un degré d'élaboration plus complexe que l'angoisse d'anéantissement dans la mesure où elle suppose l'expérience d'une contenance et d'une relative étanchéité liées à l'objet. Elle forme également un pont avec les angoisses de différenciation/séparation et implique au moins partiellement une forme d'analité.

La sensation ou la crainte de perdre son intérieur, de se vider comme si on souffrait d'une hémorragie incontrôlable, suppose l'expérience de contenir quelque chose. Il y a donc un contenant et un contenu. Dans cette forme d'angoisse, le processus défensif s'oriente en direction d'un objet chargé de faire bouchon, de stopper

l'hémorragie narcissique. Ce peut être un objet purement fonctionnel auquel on s'agrippe, ou un objet possédant certaines qualités spécifiques. Cet objet peut être objet d'emprise (Ferrant, 2001) et de séduction (Denis, 1992).

2.2. Angoisses liées aux processus de différenciation et de séparation

2.2.1. Angoisse d'intrusion

Il existe différentes formes d'angoisses d'intrusion en fonction du degré d'intégration atteint et de la nature de l'intrusion. En ce sens, l'angoisse d'intrusion peut être liée à la fois à l'angoisse de vidage et à l'angoisse de pénétration typique des angoisses liées à la différence des sexes.

La forme d'intrusion la plus classique est directement en lien avec le processus de différenciation/séparation. Le bébé vit habituellement une expérience suffisante de non-différenciation et de non-séparation avec l'objet, reposant en partie sur le fantasme de peau commune partagée avec cet objet (Bick, 1968 ; Anzieu, 1974). Des mécanismes défensifs de type identification projective sont à l'œuvre (Ciccone et Lhopital, 2001) et se retournent facilement. Le sujet peut être pénétré par l'objet de la même façon qu'il fantasme de le pénétrer et de le contrôler de l'intérieur. En ce sens, les angoisses d'intrusion forment le résultat d'un renversement actif/passif. Ce que le sujet a projeté fait retour sans être reconnu comme appartenant à soi : ce qui revient est frappé d'étrangeté et/ou d'un caractère persécutoire. Ce sont des phénomènes qu'on rencontre par conséquent de façon nette au sein des organisations psychotiques du psychisme, dans la schizophrénie sous la forme de voix, d'hallucinations, de délire, de sensations de bizarrerie du monde environnant, et dans la paranoïa sous la forme classique de la persécution délirante. On rencontre également ces processus au sein des organisations états limites et névrotiques du psychisme. Ils colorent les mécanismes défensifs à l'œuvre en intensifiant les angoisses de castration et de pénétration.

2.2.2. Angoisse de perte

Comme son nom l'indique, l'angoisse de perte réfère à une possession : on ne peut perdre que ce qu'on a déjà possédé. Cette forme d'angoisse implique directement l'objet. Elle peut se présenter sous deux formes : l'une se rattache directement aux angoisses primitives ; l'autre est davantage orientée en direction de la position dépressive et des angoisses liées à la différence des sexes.

- On peut dire que l'angoisse de perte, dans son orientation primitive, est diffuse et se réfère à l'objet environnement. L'angoisse vise la perte du support, de l'appui, de ce à quoi le sujet s'agrippe et se cramponne. Cette forme de perte se rattache à l'angoisse de chute sans fin et, en dernière instance, à l'angoisse d'anéantissement. Plus l'objet prend forme et conserve une certaine continuité au sein de la vie psychique, plus l'angoisse de perte devient spécifique : angoisse de perdre « cet » objet, angoisse de perdre son amour, etc.
- La forme de l'angoisse de perte en direction de la position dépressive est relative à un objet dont la présence est reconnue comme vitale par le sujet. Cette angoisse s'articule autour de la perte de l'amour de l'objet. Le sujet craint que l'objet ne l'abandonne dans une forme de rétorsion à l'égard de ses propres mouvements agressifs. L'objet est reconnu et investi. Si on poursuit plus avant en direction des formes névrotiques, l'angoisse de perte se développe en angoisse de castration, c'est-à-dire en perte des capacités de séduction, de réalisation et de satisfaction sexuelle.

2.3. Angoisses liées à la différence des sexes

L'angoisse de castration sous-tend de bout en bout la dynamique névrotique du psychisme. On en décrit deux formes : l'une, plus spécifiquement masculine (castration), et l'autre, plus spécifiquement féminine (pénétration). Ces différences ne signifient pas cependant que seuls les hommes éprouvent l'angoisse de castration et que seules les femmes éprouvent une angoisse de pénétration. L'angoisse de castration dans sa forme masculine et l'angoisse de pénétration dans sa forme féminine suivent le « destin anatomique ». Il va donc de soi que ces formes d'angoisse sont éprouvées par chacun des deux sexes et relèvent de la bisexualité psychique.

2.3.1. Angoisse de castration

L'angoisse de castration est relative à la perte du pénis chez le garçon. Elle est classiquement décrite dans le cadre du complexe d'Œdipe au sein duquel le petit garçon redoute que ses mouvements de désir envers sa mère, et corrélativement ses mouvements de haine envers son père, n'impliquent une vengeance de ce dernier et que le père lui ôte son pénis en représailles de ses désirs. Cette forme classique de l'Œdipe doit toutefois être mise en relation avec sa forme inversée dans laquelle le petit garçon considère sa mère comme une rivale au sein d'une relation homosexuelle avec le père. Dans cette perspective, devenir la femme du père et lui offrir un enfant suppose le renoncement à l'attribut sexuel masculin.

Le pénis est un attribut important pour l'enfant, visible et saisissable. Il n'est pas seulement un attribut sexuel, mais contient un large investissement narcissique. L'angoisse de perdre le pénis constitue un pont entre les investissements narcissiques relatifs à la possession de quelque chose de beau qui symbolise la force (le phallus), et un instrument de plaisir sexuel. Derrière la possession d'un organe relatif à la puissance, c'est toute l'intégrité corporelle qui se profile. Derrière l'angoisse de castration, on aperçoit les angoisses primitives relatives au morcellement et à l'anéantissement.

L'angoisse de castration se déplace, à partir du pénis, sur tout ce qui peut représenter la force, l'intégrité, la capacité productive et créative. Elle ne se présente pas sous la forme « pure » d'une crainte relative à la perte du pénis, mais de la crainte de perdre sa force de travail, sa créativité, son pouvoir de séduction, etc. Dans tous les cas, l'objet est présent. Quelqu'un prend au sujet ses capacités créatives, les lui retire en punition de quelque chose. L'angoisse de castration joue donc dialectiquement avec le sentiment de culpabilité et une position active, transgressive, du sujet.

2.3.2. Angoisse de pénétration

L'angoisse de pénétration suit le destin anatomique féminin. Si l'angoisse masculine est relative à la perte du pénis, l'angoisse féminine est plutôt en lien avec l'intrusion et le viol des orifices corporels. Dans sa version la plus névrotique, l'angoisse de pénétration « joue » avec la représentation du rapport sexuel. Elle exprime une forme de désir et de punition relative à ce désir. Comme l'angoisse de castration dans sa version masculine, elle s'organise comme forme de contenance des fantasmes œdipiens et des théories sexuelles infantiles. Elle se présente comme un fantasme – conscient ou non – d'activité sexuelle à but passif : avoir peur du désir de se laisser pénétrer.

Cette sexualisation marque l'élaboration de l'angoisse d'intrusion dans laquelle le sujet est moins en situation passive (activité à but passif) qu'en situation de passivation.

3. Les défenses

3.1. Défenses et angoisses primitives

3.1.1. Agrippement/cramponnement

Dans cette forme défensive, le sujet s'agrippe de façon convulsive, effrénée, à un objet, chose ou personne, dont la perte fait courir un risque vital. L'agrippement est ici en lien avec la pulsion d'emprise,

directement issue des activités de cramponnement. La conduite d'agrippement est moins destinée à lutter contre la séparation que contre la désintégration du sujet.

3.1.2. Démantèlement

La défense par démantèlement relève classiquement des tableaux autistiques. Elle consiste dans la désorganisation des modalités sensorielles. Le sujet est suspendu à une forme sensorielle (auditive, visuelle, kinesthésique, etc.). Il forme ainsi un barrage redoutablement efficace contre l'angoisse d'anéantissement.

3.1.3. Clivage du moi

C'est un processus par lequel le moi se scinde en deux parties. L'une reste en contact avec la réalité et l'autre, par le délire, construit une néo-réalité. Cette opération défensive protège le moi contre l'angoisse de morcellement : le moi se casse pour tenter d'éviter sa propre disparition. C'est contre ce processus que le clivage du moi en deux parties ou en plusieurs parties est mobilisé.

3.2. Défenses et processus de différenciation et de séparation

3.2.1. Identification projective

L'identification projective est un processus (Ciccone, 1999) qui consiste dans la communication, en direction d'autrui, des états affectifs et émotionnels du sujet qui se débarrasse d'un contenu mental intolérable en le projetant dans un objet. Il pénètre à l'intérieur d'un objet pour en prendre possession et pour le dégrader. Par ce mécanisme de prise de possession d'un objet extérieur, le moi transforme l'objet en extension de lui-même. On décrit un mécanisme d'identification projective normale (Bion, 1963) au service du lien mère-enfant et du lien thérapeutique à côté des mécanismes d'identification projective pathologique.

Dans cette situation, il faut souligner le fait que le sujet n'est pas, localement ou plus largement, différencié de l'objet.

3.2.2. Projection

Freud définit le mécanisme de la projection en trois temps successifs. La représentation est d'abord déliée de son quantum d'affect ; elle est ensuite transformée par retournement ; elle est enfin projetée au-dehors et fait retour vers le sujet. Le processus est illustré dans « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : le « Président Schreber » (1911b). Premier temps : « J'aime

cet homme » ; deuxième temps : « Je ne l'aime pas, je le hais » ; troisième temps : « Je ne le hais pas, c'est lui qui me hait (me persécute) ». Ce mécanisme rend compte également des formes paranoïaques que sont l'érotomanie ou le délire de jalousie. Dans l'hystérie d'angoisse et le mécanisme de constitution d'une phobie, la projection intervient en déplaçant le danger du dedans vers le dehors. Mais la représentation substitutive n'affecte pas pour autant la nature des enjeux affectifs profonds. C'est la raison pour laquelle, dans ce type de processus, on parlera plus volontiers de déplacement d'une représentation à l'autre que de projection. Dans la paranoïa, au contraire, la motion d'amour initiale est désorganisée et prend une forme sadique anale. La projection signe un échec plus ou moins profond du refoulement en transformant un danger intérieur en danger extérieur. Elle peut enfin prendre diverses formes : projection en direction d'un objet « même » ou sur un objet non reconnu comme semblable. Elle peut enfin s'orienter en direction d'autres sujets et être diffractée ou diluée au sein du groupe. On verra que la projection peut s'effectuer vers les représentations.

3.2.3. Clivage au moi

Décrit par R. Roussillon (1999a), le clivage au moi est un processus par lequel le moi tient à distance de lui, hors de lui, des aspects de son histoire qui n'ont pas été subjectivés. Cette partie clivée est en attente de symbolisation pour être intégrée au moi. Dans cette forme de clivage, le sujet se désengage, se retire de l'expérience qu'il laisse en jachère jusqu'à l'éventualité d'une rencontre avec un objet et un dispositif qui lui permettront de retramer le tissu de sa vie psychique.

3.2.4. Clivage de l'objet (ou dédoublement des imagos)

Différent du clivage du moi, ce processus ne concerne que l'objet. Le moi n'est pas coupé mais déformé. L'objet, et au-delà le monde, est scindé en deux parties disjointes. L'une est porteuse des bons aspects de l'objet, sur lesquels le sujet peut s'appuyer, et l'autre renferme les mauvais aspects. Ce mécanisme de défense rend compte de la non-élaboration de la position dépressive qui rassemble les bons et mauvais aspects du même objet.

3.2.5. Déni

Le déni est un mécanisme par lequel la réalité même d'une perception est abolie. Tout se passe comme si le sujet n'avait rien vu, rien entendu ou rien ressenti. Ce mécanisme intervient avec le clivage et l'éclosion du délire. P.-C. Racamier (1980b) propose différents degrés de déni :
- l'objet n'a pas de valeur propre, c'est un ustensile (perversion) ;
- l'objet n'a pas d'intention propre (paranoïa) ;

– l'objet n'a pas d'autonomie (relation fétichique) ;
– l'objet et le monde sont sans origine (schizophrénie).

3.2.6. Annulation rétroactive

Une attitude ou une représentation est annulée par la mise en œuvre d'une seconde attitude ou représentation. De cette façon, le sujet s'efforce d'effacer magiquement, dans une forme de toute-puissance, ce qu'il a pu faire, dire ou penser précédemment. Ce mécanisme intervient lorsque le refoulement échoue. Il défait la temporalité, mais n'atteint pas pour autant la force radicale du déni. On peut le situer à mi-chemin entre la dénégation, qui porte sur la représentation maintenue à distance, et le déni, qui porte sur la réalité même de la perception.

3.3. Défenses et différence des sexes

3.3.1. Refoulement

Décrit par Freud dès 1895 (Freud, 1895a), ce mécanisme de défense est étroitement associé à la formation de l'inconscient. Contrairement à la répression qui vise l'affect, le refoulement ne concerne que la représentation. Toute représentation est associée à une certaine quantité d'énergie psychique – son investissement –, que Freud désigne comme quantum d'affect.

On peut schématiser les choses de la façon suivante :

R (Représentation)/Q (quantum d'affect)

Le refoulement disjoint le lien R/Q et rend la représentation R inconsciente.

Le quantum d'affect (Q) peut être plus ou moins important en fonction de la représentation (R). Par exemple, le quantum d'affect est d'autant plus fort qu'il s'attache à une personne proche. Il peut être marqué par l'attachement érotique, la tendresse et/ou la haine. Ce quantum d'affect contient à la fois des modes d'investissement conscients et inconscients. La tendresse peut masquer des éléments érotiques ou de rejet. L'interprétation des rêves (Freud, 1900) met en évidence l'imbrication complexe de différents modes d'investissement (amour, haine, agressivité, dépendance, etc.) autour d'une même représentation.

En fait, le processus de refoulement implique deux mouvements conjoints : en même temps que R est repoussée par les forces de censure liées aux instances surmoïques, elle est attirée vers les représentations inconscientes avec lesquelles elle est déjà associée, ce qui la rend inacceptable.

On distingue trois sortes de refoulements (Le Guen, 1992) : le refoulement originaire, les refoulements primaires et les refoulements secondaires, ou refoulements proprement dits, « après-coup ».

- L'idée de refoulement originaire pose la question complexe du premier refoulement dans la mesure où, à ce moment, il n'existe pas encore d'inconscient refoulé exerçant une force d'attraction sur les représentations. Freud a recours à l'hypothèse phylogénétique pour fonder l'existence d'un noyau inconscient transmis indépendamment des spécificités de l'histoire individuelle (Freud, 1913b). Il propose également l'idée que le refoulement originaire est un pur contre-investissement. Le refoulement originaire est consubstantiel à la distinction entre le moi et le ça. Le refoulement apparaît dès 1892 chez Freud, mais il prend la suite d'un mécanisme interactif décrit en 1890 dans lequel c'est la mère qui « détourne l'attention » du petit enfant et produit ainsi les premiers effets du refoulement.
- Les refoulements primaires se développent tout au long de la petite enfance et sont antérieurs à la conflictualité œdipienne. Ils interviennent en contrepoint du développement des organisations pulsionnelles orale, anale et phallique dans la mesure où ils « traitent » les éléments non suffisamment symbolisables et psychisables par le moi naissant. Ces refoulements primaires s'exercent en appui sur les fonctions interdictrices et morales de l'environnement. En ce sens, on peut considérer que le refoulement contient chaque fois une dimension groupale.
- Les refoulements secondaires émergent dans le sillage du surmoi post-œdipien. Ils sont contemporains de la différenciation instancielle et de la complexification de la psyché. Ils sont pris dans une dynamique « refoulement/retour du refoulé » à travers les rêves, les actes manqués, les lapsus, etc. Le processus de refoulement est un mécanisme de défense normal du fonctionnement psychique qui rend compte de la complexité de la psyché. Il est conservateur, donc enrichissant, dans la mesure où il ne coupe pas le sujet de ses racines pulsionnelles, et impose à leurs rejetons de multiples transformations.

3.3.2. Déplacement

Ce mécanisme porte sur la plasticité du lien R/Q. Le refoulement libère le quantum d'affect qui investit alors une autre représentation R' en lien associatif avec la représentation R refoulée :

$$R/Q \rightarrow R'/Q \Rightarrow R''/Q, \text{etc.}$$

Dans l'hystérie d'angoisse, la représentation R refoulée est remplacée par une représentation R' source de la phobie. Par exemple, certaines phobies d'animaux comme les souris peuvent être le résultat

du refoulement de la représentation du pénis. À la place du pénis, est investie la représentation d'une souris, associée à l'image du pénis par la forme allongée de son corps, la longue queue, l'idée que les souris pénètrent partout et se faufilent dans les trous. Mais le refoulement reste incomplet, et l'angoisse doit être jugulée avec d'autres mécanismes comme l'évitement moteur. Dès lors, le sujet redoute constamment de rencontrer une souris (la représentation refoulée du pénis), mais ce déplacement sur un objet externe permet aussi une dernière consolidation de la défense par rationalisation : les souris sont considérées comme sales et susceptibles de transmettre des maladies.

3.3.3. Contre-investissement

Dans le contre-investissement, le refoulement « chasse » la représentation R et le quantum d'affect devenu ainsi disponible, non lié à une représentation, est immédiatement associé à une autre représentation R1 qui peut, elle, devenir consciente, et dont la fonction est de bloquer le retour de la représentation R refoulée. Le contre-investissement représente une forme d'échec partiel du refoulement qui a besoin d'un mécanisme complémentaire pour assurer sa pérennité. La représentation R1 n'est pas, comme dans le déplacement, en « simple » lien associatif avec la représentation R refoulée. Elle ne la représente pas de façon déguisée, méconnaissable dans sa continuité. La représentation R1 bloque activement le retour de R, elle en est l'antidote. En ce sens, le contre-investissement est proche de la formation réactionnelle.

3.3.4. Formation réactionnelle

La formation réactionnelle est une forme de contre-investissement spécifique dans la mesure où la représentation « –R » investie par le quantum d'affect libéré représente le contraire spécifique de la représentation R refoulée. Par exemple, une extrême sollicitude à l'égard d'autrui (–R) peut être le résultat du refoulement d'une attitude haineuse (R). Le schéma spécifique de la formation réactionnelle peut se dessiner ainsi :

$$R/Q \rightarrow -R/Q$$

3.3.5. Dénégation

La dénégation est un mécanisme par lequel le sujet refuse de reconnaître qu'une représentation le concerne affectivement. Il ne s'agit ni d'un déni, ni d'un mécanisme d'annulation. La représentation est reconnue, sa charge affective est prise en compte, mais elle est maintenue à distance du moi et ne peut devenir consciente qu'à cette condition.

L'exemple donné par Freud en 1925 dans « La Négation » est célèbre : « Cette femme dont j'ai rêvé, non, ce n'est pas ma mère ». Tout recours à une négation dans la vie courante ne renvoie pas automatiquement à un mécanisme de dénégation.

Dans les situations de psychodrame, par exemple, la dénégation est assez fréquente. Une scène est jouée, directement en lien avec la problématique du patient. Après le jeu, le patient demande en quoi ce qui vient d'être joué le concerne, même s'il a trouvé le jeu intéressant. Il dit : « Ce qui vient d'être joué ne me concerne pas ; ça n'a rien à voir avec mon histoire ».

3.3.6. Isolation

Ce mécanisme intervient en cas d'échec du refoulement. La représentation est coupée de son quantum d'affect mais reste consciente à condition d'être isolée, séparée, de toute autre représentation. L'isolation neutralise la représentation en lui ôtant toute force affective. On peut dire que le processus d'isolation est, au niveau représentatif, l'équivalent d'une phobie du toucher : la représentation isolée ne doit pas toucher les autres représentations. Une sorte de « cordon sanitaire » s'établit autour d'une ou de plusieurs représentations, rompant ainsi les chaînes associatives.

SECTION 2

Psychopathologie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent

A. Ciccone

Réflexions préliminaires

Psychopathologie et enfance

L'enfant est en évolution permanente. Cela est vrai pour tout sujet (même si, chez l'adulte, les possibilités de développement sont plus restreintes), et cela est particulièrement vrai pour l'enfant. De ce fait, il est toujours difficile d'affirmer une psychopathologie chez l'enfant, et il est encore plus difficile, pour ceux qui pensent en termes structuraux, d'affirmer une structure. Aucun processus n'est jamais totalement fixé, figé chez l'enfant.

Outre le fait que l'enfant est toujours en mouvance, en développement, il faut souligner, comme l'a fait René Roussillon dans la première partie de cet ouvrage, que la majeure partie des signes psychopathologiques, des processus psychopathologiques font partie du développement normal, à un moment ou à un autre de

l'histoire de ce développement, ou dans certains contextes particuliers. Il n'y a pas de solution de continuité entre le normal et le pathologique ; il est classique de le dire. Et cela est encore plus vrai pour l'enfant. La pathologie d'un processus, d'un signe tiendra à sa massivité, à son exclusivité, à sa durée, à sa dénaturation qui en feront un signe ou un processus toxique. Celui-ci sera par ailleurs toujours associé à d'autres signes, d'autres processus toxiques. Cela est vrai notamment des défenses : une défense est toujours utile, elle protège le moi, le sujet ; mais utilisée de façon massive, permanente, exclusive, elle empêche le développement et produit elle-même des souffrances plus importantes que celles contre lesquelles elle est censée protéger. La pathologisation d'une défense tiendra en particulier à l'amplification de son aspect destructeur.

On peut ainsi dire, du point de vue de la psychopathologie de l'enfant, que plus un symptôme ou un syndrome sera massif, plus il sera précoce, plus il persistera dans le temps, et plus on pourra penser qu'une psychopathologie se développe, se fixe, se révèle. Plus un symptôme sera isolé, passager, même s'il révèle et témoigne d'une grande souffrance, plus il rendra compte d'un aléa du développement normal.

Par ailleurs, la psychopathologie de l'enfant ne peut pas s'envisager hors du contexte, du lien à l'environnement. Winnicott (1957, 1958) disait : « Un bébé tout seul ça n'existe pas » ; il y a toujours des bras pour le tenir, une mère pour l'investir, etc. Un tel énoncé est toujours valable pour l'enfant. Le développement de l'enfant, dans le sens de la croissance créatrice ou dans le sens de la psychopathologie, est toujours tributaire des qualités du lien de l'enfant à son entourage ; cela même si, bien sûr, dans un certain nombre de psychopathologies, la réalité biologique, constitutionnelle a une part tout à fait déterminante.

Considérations étiologiques

La question étiologique, de la cause, est particulièrement sensible, sujette à des débats passionnels, idéologiques. L'un des enjeux de tels débats est évidemment la question de la culpabilité parentale.

La psychopathologie, tout comme le psychisme lui-même, est extrêmement complexe, et toute représentation simpliste ou toute explication simple est loin de la réalité. S'approcher des processus psychiques et psychopathologiques suppose de tolérer la complexité et l'ignorance dans laquelle on se trouve, même si l'on sait beaucoup de choses. La causalité est toujours complexe, multiple.

Précisons d'abord que le point de vue psychologique et psychanalytique est essentiellement descriptif, il n'est pas explicatif, et donc

encore moins prédictif. La théorie contient cependant quelques modèles explicatifs, plus ou moins explicites ou implicites.

On peut décrire, d'une manière générale, trois catégories de causalité : la faillite des relations infantiles précoces ; les particularités constitutionnelles et congénitales ; les effets des projections parentales et transmissions transgénérationnelles.

Faillite des relations infantiles, précoces

Plusieurs modèles psychologiques et psychanalytiques présentent l'origine de la pathologie dans une faillite des relations infantiles, voire précoces ; c'est-à-dire, au bout du compte, dans les faillites de l'objet, les échecs de l'objet à assurer les fonctions parentales : défaut de la fonction contenante, transformatrice, pare-excitatrice, réflexive, symbolisante, défaut d'accordage, d'ajustement, etc. Cette hypothèse est probablement tout à fait juste, même si elle fonctionne souvent comme un mythe, non pas au sens où ce savoir serait faux, mais au sens où ce qui fait sa valeur est la croyance qu'on lui accorde.

Une telle représentation pose cependant plusieurs difficultés.

Tout d'abord, ce temps premier, ce temps des interactions précoces ne peut qu'être reconstruit, et la porte est grande ouverte à toutes les projections et les « spéculations imaginatives » comme disait Bion. Bien sûr, nos méthodologies cliniques vont consister à construire un certain nombre de signes et d'indices, qui seront censés nous renseigner sur ce temps précoce. Qu'est-ce que l'expression – verbale, infraverbale, non verbale, comportementale, somatique – du sujet, du patient contient comme trace de ces temps premiers ? Qu'est-ce que le transfert contient comme modalité de résurgence des expériences infantiles, primitives ? Quelles caractéristiques infantiles, précoces contiennent les imagos projetées ? Etc. Mais cette reconstruction est toujours difficile.

Le poids de l'expérience infantile, précoce et moins précoce, est néanmoins essentiel dans le développement d'une personnalité, dans celui d'une psychopathologie, même si cela est difficile à objectiver.

Signalons également la manière dont le mythe des troubles des interactions précoces est très proche du mythe de la mauvaise mère, de la mère schizophrénogène, de la mère déprimée qui rend ses enfants autistes, etc., ainsi que du mythe du traumatisme, de la neurotica. Là encore, toutes ces représentations contiennent des noyaux de vérité. Pour ce qui concerne le traumatisme, il est difficile de penser qu'une seule expérience traumatique précoce puisse affecter durablement et de façon irréversible le développement de la psyché : c'est la répétition d'expériences continuellement toxiques qui est traumatique.

Le mythe du traumatisme est tout à fait opérant dans la culture vulgaire. Nombre de parents cherchent le traumatisme dont ils sont responsables et qui a troublé le développement de leur enfant : séparation précoce, hospitalisation, grossesse non désirée, etc. Et s'ils ont un peu accès au savoir psychologique et psychanalytique ésotérique, on passera du mythe du traumatisme au mythe de la parole salvatrice : ce dont a souffert l'enfant ce n'est pas du traumatisme, mais de l'absence de mots sur l'événement. On attend du psychologue ou du psychanalyste qu'il vienne délivrer la bonne parole : mettre en mots, raconter à l'enfant son histoire. Le mythe de la parole salvatrice fonctionne dans la psychanalyse également, avec le modèle de l'interprétation qui dévoile l'inconscient.

Le modèle du trouble précoce, infantile, du traumatisme précoce, de la faillite des fonctions parentales précoces est probablement juste, et j'y aurai recours dans les pages qui suivent, mais n'oublions pas qu'il est difficile à valider, qu'il se conjugue souvent à d'autres caractéristiques, et qu'il ne peut à lui seul représenter une explication totale pour toute forme de psychopathologie.

Soulignons aussi la manière dont une psychopathologie ou une anomalie chez un enfant représente elle-même une expérience traumatique pour la famille, attaque les liens familiaux et désorganise la parentalité.

Aspect constitutionnel et congénital

Outre la faillite des liens précoces, il est un facteur qui ne peut être négligé : le facteur constitutionnel. Cet aspect est parfois signalé, souvent négligé.

Freud a toujours fait une place au facteur constitutionnel dans l'étiologie des névroses. Les psychanalystes de la petite enfance ont en général toujours signalé l'aspect constitutionnel : « hypersensibilité » du bébé futur autiste comme dit Frances Tustin, « défaut d'équipement » comme dit Donald Meltzer. Mais ce facteur laisse en général impuissant ; il n'y a rien d'autre à en dire, si ce n'est qu'il existe.

L'observation des bébés montre leur extraordinaire capacité à s'adapter à l'environnement, à modifier l'environnement (dans certaines limites, bien sûr). On peut voir un bébé réanimer une mère absente, qui a la tête ailleurs. On peut le voir s'intéresser à ce qui intéresse la mère, reprendre l'événement qui retient le regard maternel dans un jeu corporel avec ses mains, jusqu'à capter le regard de la mère, ramener la mère à lui, etc.

Qu'est-ce qui fait que certains bébés ne s'adaptent pas ? Il y a d'abord l'ampleur de la situation réelle de détresse, bien sûr, de non-

adaptation de l'environnement au bébé. Mais la clinique montre que si certains parents sont effectivement inadéquats, manifestement maltraitants, d'autres ne présentent pas une toxicité particulièrement exagérée, ont une histoire certes complexe mais qui pourrait être celle de tout un chacun, et ont pourtant affaire à un enfant psychiquement malade.

On peut voir aussi, par ailleurs, comment un bébé particulièrement difficile, inconsolable, peut créer un environnement défaillant, effondré, déprimé. La réalité correspondra alors au fantasme du bébé de détruire le monde, ou d'avoir affaire à un monde persécuteur. Comme le dit Robert Hinshelwood (1989, p. 400),

> une projection fantasmatique d'un objet dans le monde externe n'est pas un événement innocent ; ce fantasme peut provoquer une véritable altération de l'objet dans le monde externe. Le nourrisson qui sans répit hurle de terreur peut décourager sa mère au point qu'elle se replie sur elle-même, se protège en devenant distante et même persécutrice, mais elle confirme ainsi le fantasme du nourrisson.

Le fantasme est parfois tout-puissant. Michel Soulé, il y a longtemps (1978), avait décrit de telles spirales interactives destructrices entre une mère et son enfant autiste. Ce sont ces spirales interactives toxiques qui sont pathogènes.

Plutôt que de facteur constitutionnel, je préfère parler de facteur congénital. Le congénital (ce avec quoi le bébé naît, vient au monde) contient en effet à la fois le constitutionnel et l'histoire prénatale, fœtale. Les nombreux travaux sur le fœtus ont pu mettre en évidence la manière dont l'histoire fœtale est riche en expériences sensorielles, perceptives, émotionnelles et peut-être même affectives. L'histoire ne commence pas à la naissance. Il y a une continuité transnatale des expériences.

Le bébé vient donc au monde avec un potentiel de développement et un potentiel de difficultés congénital.

Projections parentales et transmission transgénérationnelle

Un troisième aspect des logiques et des origines de la psychopathologie chez le bébé, l'enfant puis l'adulte concerne les projections parentales, les transmissions dont le sujet est héritier, les répétitions ou les révélations d'histoires parentales dont il est le protagoniste, et en particulier les histoires traumatiques. Le développement du sujet, de sa personnalité sera marqué, infiltré par ces projections, ces attentes, ces fantasmes qui s'imposent à lui, et avec lesquels il va débattre, qu'il va s'approprier, intérioriser de façon plus ou moins heureuse.

Toute la psychopathologie est ainsi traversée par cette tension entre des facteurs biologiques, constitutionnels, congénitaux, développementaux, et environnementaux – dont les histoires, traumatismes, fantasmes qui précèdent l'histoire du sujet, sa propre naissance, sa propre conception.

L'étiologie est multidimensionnelle.

L'infantile dans la psychopathologie

Si la psychopathologie trouve ses sources dans l'histoire infantile (du bébé jusqu'à l'adolescent) voire dans la préhistoire du sujet, on peut dire qu'elle correspond bien souvent au retour de l'infantile – selon la conception qu'en a présenté René Roussillon dans la première partie. La souffrance, la détresse qui fait souffrir est celle de l'enfant, de l'enfant-dans-l'adulte, du bébé-dans-l'enfant et du bébé-dans-l'adulte. C'est de cette souffrance infantile dont se protège tout sujet.

L'un des paradigmes de cette souffrance infantile est représenté par l'expérience de la séparation et ses différentes formes : perte, solitude, etc. Le développement, la croissance consistent pour une grande part à aménager, atténuer les expériences de séparation (de séparation psychique, expériences qui accompagnent l'intégration de la réalité, de l'altérité). La psychopathologie est l'effet des modes de traitement de la séparation psychique.

Nombre de psychopathologies peuvent se comprendre comme effets de la séparation, comme modes de traitement d'expériences de séparation :

- l'autisme, par exemple, résulte d'une séparation psychique prématurée, impensable ;
- la psychose consiste à établir des relations destructrices, symbiotiques, pour échapper à la séparation, à la conscience de la réalité qui suppose la séparation ;
- l'état limite souffre terriblement de la séparation, de la perte, de l'abandon ;
- le névrosé souffre de la culpabilité que produit la séparation, de l'ambivalence qui peut abîmer l'objet d'amour, qui fait craindre sa perte.

Je reviendrai sur toutes ces considérations, dans une approche de la psychopathologie de l'enfant, du bébé et de l'adolescent en trois temps : reconstruction développementale et psychopathologique dans un premier temps ; description sémiologique et diagnostique dans un deuxième temps ; exploration clinique de contextes paradigmatiques dans un troisième temps. Un certain nombre d'états ou

de processus psychopathologiques feront ainsi l'objet de trois « passages », seront explorés dans trois dimensions ou selon trois logiques : d'abord du point de vue du développement psychique et des aspects qui se pathologisent, ensuite du point de vue de leur symptomatologie et de leur sémiologie, et enfin du point de vue des processus essentiels, transversaux ou paradigmatiques qui les constituent.

CHAPITRE 16
Approche psychopathologique des processus développementaux – Le modèle des « positions psychiques »

Nous avons, dans la première partie de cet ouvrage, donné un aperçu d'un certain nombre de particularités du développement psychique.

Le rôle essentiel de l'objet a été souligné, dans le processus de construction et de croissance psychique du sujet, à travers notamment le déploiement de sa fonction contenante, dans ses différentes déclinaisons. Ont été précisés les enjeux et modalités des fonctions maternelles et paternelles dans cet exercice de la parentalité.

Nous avons insisté sur le travail psychique qui s'impose à l'enfant d'intériorisation, de réduction de l'altérité, de symbolisation des expériences, ainsi que sur la place et la fonction de l'intersubjectivité dans la naissance et le développement de la vie psychique. L'intersubjectivité est le lieu d'émergence de la subjectivité du sujet. Nous avons souligné la place du jeu dans le déploiement d'un tel travail psychique et décrit les conditions d'émergence du ludique.

Nous avons vu comment l'adolescence confronte à une reprise des enjeux premiers, des contraintes premières, des conflictualités narcissiques et objectales, pré-œdipiennes et œdipiennes, qui président les premières années de la vie, tout en imposant au sujet des contraintes nouvelles et un travail psychique spécifiques.

Les échecs de ces expériences de travail psychique et de lien aux objets créeront les conditions des développements et des situations psychopathologiques.

Dans cette approche développementale et psychopathologique, je vais maintenant donner une représentation de l'ensemble des conflictualités qui organisent les différents contextes psychopathologiques,

en privilégiant le modèle des « positions psychiques », par rapport à un modèle psychosexuel du développement et à un modèle structural de la psychopathologie. Le modèle des positions éclaire aussi bien les dimensions ontogénétiques que psychopathologiques. J'éclairerai l'apparition des premières formes de ces positions psychiques, celles-ci étant reprises, en se complexifiant, tout au long du développement. Ces positions organiseront par ailleurs, d'une certaine manière et dans certaines conditions, les contextes psychopathologiques.

Nous verrons la place centrale de la position dépressive dans le destin psychique, et le rôle fondamental du processus d'identification projective dans le développement et le fonctionnement psychique. Le renoncement à l'identification projective, dans certaines de ses formes, sera d'un enjeu déterminant pour assurer la santé mentale.

1. La notion de « position » et ses paradigmes

On doit à Freud (1905c, 1908c, 1911b, 1912, 1913a, 1915c, 1916b, 1923a) le modèle des stades de développement libidinal, le modèle des stades narcissiques et objectaux (homo- et hétérosexuel), puis le modèle des stades prégénitaux et génitaux : stades oral, anal, phallique, œdipien, modèle qu'Abraham (1924) puis d'autres développèrent et complétèrent. Les conceptions qui s'appuient sur ce modèle considèrent en général la psychopathologie comme effet de fixations ou de régressions à ces différents stades ou certains de leurs sous-stades. René Roussillon a donné, dans la première partie de cet ouvrage, une description renouvelée du développement psychique qui découle de cette conception psychosexuelle, mais en dégage les caractéristiques sous forme d'*organisations* pulsionnelles qui président le développement de la subjectivation en conformité avec l'évolution de la pensée de Freud.

Par ailleurs, le point de vue structural, largement développé en France (Bergeret *et al.*, 1972 ; Bergeret, 1985), considère en général l'ensemble des personnalités et des psychopathologies comme organisées selon deux structures principales, différenciées et étanches : la psychose et la névrose. Les tableaux psychopathologiques qui échappent à ces structures sont pensés comme des aménagements, des sortes d'organisations intermédiaires.

Plutôt que les notions de stade libidinal et de structure de personnalité, je privilégierai pour ma part la notion de *position psychique* (qui se dialectise avec la notion de pôle que propose Alain Ferrant). Un tel modèle rassemble les perspectives ontogénétique et psychopathologique. Il s'agit d'un autre point de vue, distinct, mais qui peut

s'articuler et être complémentaire en certains points aux précédents. Il est par ailleurs compatible avec le modèle des organisations pulsionnelles que développe René Roussillon, dans la mesure où il éclaire la manière dont les expériences s'intériorisent, se subjectivisent, pour chacune de ces organisations, à partir d'une oscillation de la psyché, nous le verrons, entre différentes positions, celle-ci n'étant jamais figée dans un état.

Le terme « position » a été introduit par Melanie Klein, et désigne une constellation psychique cohérente regroupant les angoisses, les mécanismes de défense qui s'y rapportent et la relation d'objet qui en résulte. Ces organisations, essentiellement défensives, commencent à apparaître dans les tout premiers stades, et réapparaissent ultérieurement tout au long du développement, en se complexifiant, et s'organisent de manière pathologique dans certains contextes.

Les positions sont donc des manifestations d'attitudes fondamentales envers les objets, et se réfèrent tant à des phases de développement qu'à des points de fixation ou à des organisations de contextes psychopathologiques.

Par ailleurs, le modèle des positions permet de penser le développement non pas comme une succession linéaire d'étapes, mais comme une *oscillation* de la psyché, à l'intérieur de chaque étape ou de chaque phase, entre plusieurs organisations, plusieurs positions dont l'une sera prédominante. Il en va de même pour chaque état psychopathologique. La psyché n'est pas figée dans un état exclusif, dans une structure ; elle oscille, attirée par des tendances plus ou moins opposées ou antagonistes ; elle occupe et expérimente, durant chaque phase de développement et dans chaque état mental psychopathologique, plusieurs positions, certaines plus narcissiques, d'autres plus objectales.

Ce modèle est compatible avec celui qu'ont pu élaborer et utiliser implicitement ou explicitement Bion (1957) et ses successeurs (Frances Tustin, Salomon Resnik, David Rosenfeld et autres), considérant la coexistence au sein d'une même personnalité de parties saines et de parties malades, de parties psychotiques voire autistiques et de parties névrotiques, etc.

On peut décrire trois positions principales, dans le développement du psychisme, du bébé, de l'enfant, et dans les organisations éventuellement psychopathologiques (voir Ciccone et Lhopital, 2001) : la position autosensuelle, ou adhésive, ou autistique ; la position paranoïde-schizoïde, ou symbiotique ; la position dépressive. Deux autres positions défensives peuvent aussi être décrites : la position maniaque et la position mélancolique.

2. Position autosensuelle ou adhésive – Démantèlement et identification adhésive

2.1. Terminologie

Margaret Mahler (1968) avait parlé d'une « phase autistique normale » à l'aube du développement du bébé. Frances Tustin (1972) décrivait un « autisme primaire normal », qu'elle préféra nommer ensuite « phase d'autosensualité », considérant que les termes « autisme » et « autistique » sont trop associés à des états pathologiques (1981, 1991). Daniel Marcelli (1983, 1986) parle de « position autistique », Thomas Ogden (1989) de « position contiguë-autistique ». Esther Bick avait parlé d'une « position adhésive » (Haag, 1984). Approuvant la remarque de Tustin, je retiendrai les termes de « position autosensuelle » ou « position adhésive » pour décrire cette position antérieure aux positions paranoïde-schizoïde et dépressive qu'avait décrites Melanie Klein.

Précisons la différence entre *autosensualité* et *autoérotisme*. L'autosensualité se distingue de l'autoérotisme en ceci que l'autoérotisme contient des pensées, des fantasmes, un scénario. Il est une reprise de soi à soi d'une expérience de plaisir ou de satisfaction partagée, dont il suppose l'intériorisation ou l'introjection. L'autoérotisme s'apparente au jeu, il fabrique du narcissisme secondaire, tel que le décrit Freud (1914), et représente un processus transitionnel, au sens que lui donne Winnicott (1951, 1971b). L'autosensualité, en revanche, ne concerne que des sensations, investies de façon défensive pour maintenir un sentiment de continuité, une continuité d'être. Si, dans l'autoérotisme, sucer son pouce, par exemple, a pour objet de se remémorer une expérience de sécurité ou de plaisir, dans l'autosensualité, sucer son pouce aura pour fonction de s'agripper à une grappe de sensations orales pour se sentir être. L'autosensualité est présente d'emblée, dès l'origine, et, comme le suggère Tustin (1986), se différencie peu à peu, au cours du développement, en autoérotisme et autosadisme.

2.2. Types d'angoisse

Quelles sont les angoisses auxquelles est confronté le bébé à l'aube de la vie psychique ? Klein (1932 ; Klein *et al.*, 1952b) avait parlé des angoisses primaires d'anéantissement ; Winnicott (1958, 1965, 1974), des angoisses d'annihilation et agonies primitives (désintégration, chute incessante, perte de la « collusion psychosomatique »,

faillite de la « résidence dans le corps », etc.) ; Bick, des angoisses claustrophobiques et agoraphobiques (Haag, 1984), des angoisses de liquéfaction, de chute sans fin, la terreur primordiale du bébé étant celle de tomber en morceaux, de se répandre dans l'espace (Bick, 1986) ; Tustin (1981, 1986) évoque les terreurs primitives en termes d'inondations, de chutes d'eau, de tourbillons, d'éruptions, etc. Ces angoisses primitives, angoisses postnatales normales, sont apaisées, soulagées par une « tenue » adéquate du bébé par l'environnement maternant, tenue à la fois physique et psychique. Ce sont ces mêmes types d'angoisse qui menacent le sujet dans les états autistiques.

2.3. Identification adhésive et démantèlement

Deux mécanismes de défense principaux seront utilisés pour protéger le self de ces angoisses primitives : l'identification adhésive et le démantèlement.

2.3.1. Identification adhésive

L'*identification adhésive* est une notion introduite par Esther Bick, essentiellement dans son enseignement oral (1968, 1986). Donald Meltzer (1975) et ses collaborateurs (Meltzer *et al.*, 1975) l'ont développée. La défense par adhésivité consiste avant tout à s'agripper pour éviter la menace inhérente aux expériences de séparation, qui produisent des éprouvés de terreur primitive. L'identification adhésive produit un type de dépendance dans lequel l'existence séparée de l'objet n'est pas reconnue. Elle supprime tout écart, toute distance entre le sujet et l'objet. L'identification adhésive conduit à l'imitation étroite de l'apparence, du comportement de surface de l'objet, beaucoup plus qu'à ses états mentaux. L'enfant autiste ressent ainsi le besoin impérieux que la surface des choses, leur apparence, soient immuables. Le moindre changement est équivalent à la perte et provoque des réactions extrêmes de panique, de désarroi, d'anéantissement. L'identification adhésive ne tolère aucune solution de continuité entre l'objet et le moi, l'un et l'autre se confondent. Elle participe à créer un monde plat, bidimensionnel, sans intériorité, sans pensée, sans contenu émotionnel, affectif, fantasmatique. Elle constitue ainsi une entrave au développement des pensées.

2.3.2. Démantèlement

Le *démantèlement* est le second mécanisme décrit par Meltzer dans l'état mental autistique, et on peut le considérer comme défense fon-

damentale dans la position autosensuelle. Le démantèlement correspond à une suspension de l'attention qui conduit les sens à errer chacun vers leur objet le plus attractif de l'instant. Cette dispersion se produit de manière très passive, comme si l'appareil psychique tombait en morceaux. Chaque sens, interne ou externe, s'attachant à l'objet le plus stimulant, l'attention suspendue se porte – ou plutôt est portée – sur des objets variés, car ce serait une extraordinaire coïncidence si le même objet était à un instant donné source de sensations les plus captivantes pour chaque modalité sensorielle et sensitive. Le démantèlement éparpille les objets en une multitude de petits morceaux, chacun porteur d'une qualité sensorielle particulière. Il réduit les objets à une multiplicité d'événements unisensoriels, dans lesquels animé et inanimé deviennent indistinguables, et à partir desquels il est impossible de former des pensées. Le démantèlement éparpille à la fois l'objet et le self qui se trouve démantelé en des capacités perceptuelles séparées (le voir, l'entendre, le toucher, le sentir, etc.).

Le démantèlement est un processus passif, non chargé d'angoisse persécutoire ni de douleur ou de désespoir. C'est pourquoi les enfants autistes – en état d'autisme proprement dit – ne présentent pas habituellement d'angoisse de dépersonnalisation ou de morcellement, angoisses issues des premières expériences de cohérence du moi. Le démantèlement du self en ses composants sensuels est réalisé par une suspension de la fonction moïque d'attention. En état de démantèlement, tout moi cohérent cesse temporairement d'exister ; cet état primitif est ainsi essentiellement sans activité mentale.

Le processus actif correspond à la capacité d'attention qui permet de relier et de coordonner les perceptions sensorielles. La désintégration du moi par le démantèlement étant produite de façon passive et selon un « clivage naturel » par suspension de l'attention, la réintégration se fera très facilement et sans douleur dépressive. L'état autistique proprement dit est ainsi éminemment réversible, d'une façon instantanée, et est considéré par Meltzer comme ne constituant pas une maladie mais plutôt l'équivalent d'une stupeur induite. Mais l'emploi de ce mécanisme prive l'enfant de beaucoup d'expériences maturatives, et peut ainsi retarder le développement du moi d'une façon très préjudiciable.

L'expérience inverse à celle de l'objet démantelé est appelée par Meltzer l'expérience de l'objet type « sens commun », l'expérience de la « consensualité », suite à la notion aristotélicienne de « sens commun », reprise par Bion (1962b).

2.4. Effets du démantèlement et de l'identification adhésive

Les effets du démantèlement et de l'identification adhésive chez le bébé peuvent s'observer par exemple lorsqu'un bébé, confronté à une situation perturbante, désorganisatrice, s'immobilise et s'agrippe à une sensation : sensation proprioceptive ou kinesthésique (le bébé se tient à sa musculature contractée, les yeux fermés, les poings fermés, les bras repliés – attitude dite « en chandelier » –, ou bien s'agite, se met en mouvement perpétuel), sensation visuelle (le bébé fixe une lumière ou un objet brillant), sensation auditive (l'attention est concentrée d'une manière totale sur une musique, un son). On peut, par exemple, facilement observer un bébé de quelques semaines que l'on arrache trop brutalement du giron maternel pour un examen se mettre à fixer une lumière, ou un coin de plafond blanc, comme s'il s'absentait ; il faut alors parfois plusieurs sollicitations chaleureuses de la mère ou de l'examinateur pour que le bébé reprenne contact. Si la sollicitation est elle-même trop brutale, le bébé se met alors à hurler dans une terrible crise de rage, car il éprouve à ce moment-là la violence de la séparation d'avec la mère. Tant qu'il était « absent », il s'était absenté de tout éprouvé de séparation. S'il reprend contact d'une façon qui ne lui garantisse pas l'impression d'être suffisamment tenu dans la relation, dans un lien symbiotique, il éprouvera alors après coup la brutale séparation, ce qui déclenchera la crise de rage ou de désespoir.

L'enfant autiste procède de même. Il s'agrippera à une lumière, un son, il fixera le brillant des yeux de son interlocuteur, donnant le sentiment de regarder mais de ne pas être en contact avec l'autre, voire de dénier totalement l'existence de l'autre. Chez l'enfant autiste, la forme la plus significative d'identification adhésive est l'écholalie, par laquelle l'enfant se colle à la surface des mots, à la musicalité des mots, vidant le langage de tout contenu de sens. Il en est de même du mimétisme, de l'échopraxie, par lesquels l'enfant imite la surface du comportement, sans intériorité, sans pensée.

On sait que le très jeune bébé est plus sensible aux contours d'un objet qu'aux variations de sa situation dans l'espace. L'exploration visuelle d'un nourrisson s'attache d'abord aux contours avant de gagner l'intérieur d'une structure, quelle que soit la figure géométrique (voir Salapatek, 1975 ; Maurer et Salapatek, 1976). Par exemple, avant 7 semaines, le regard d'un enfant qui scrute un visage fixe davantage le périmètre de la face que les éléments intérieurs. Les enfants autistes font fréquemment de même. Cela illustre le caractère bidimensionnel de la position adhésive.

L'identification adhésive et le démantèlement sont des défenses primitives utiles, essentielles. L'identification adhésive permet, notamment, une familiarisation avec les afférences sensorielles proximales à partir desquelles le bébé pourra construire son moi corporel et psychique différencié. Mais l'amplification et la persistance pathologiques de ces processus maintiendront l'illusion d'absence de limites et entraveront profondément les possibilités de développement.

La relation d'objet dans la position adhésive ou autosensuelle est donc caractérisée par l'adhésivité, le mimétisme, la réduction unisensorielle des objets. La perception de la surface ou des formes des objets ou des expériences est plus investie que leur contenu ou leur sens.

2.5. Position adhésive et narcissisme primaire

La position adhésive caractérise le narcissisme primaire. Mais précisons d'emblée, comme l'a fait René Roussillon dans la première partie, que cette notion ne se résume pas – comme c'est souvent le cas, à partir des propos de Freud (1914, 1938a) – à la description d'un état ou d'un premier stade de la vie rigoureusement anobjectal où sujet et objet seraient indifférenciés. Les travaux sur les compétences du bébé, voire du fœtus, les expériences cliniques d'observation de bébés ont depuis longtemps révélé les capacités de relation du bébé, de contact avec le monde, de perception du monde. Melanie Klein soutenait dès 1946 et avec une insistance croissante la précocité du moi (même si celui-ci est rudimentaire) et des investissements d'objet. Si les états de repli, de fermeture narcissique sont fréquents chez le bébé (ne serait-ce que du fait du temps majoritaire de sommeil) et encore plus chez l'enfant autiste, ceux-ci alternent avec des moments d'ouverture objectale, d'investissement du monde environnant. Le modèle des positions permet de penser cette oscillation entre des états de fermeture (position autosensuelle ou autistique) et des mouvements d'ouverture, d'investissement des relations avec le monde extérieur.

Ces précisions préalablement admises, on peut garder la notion de narcissisme primaire, qui qualifiera les particularités du statut intrasubjectif de l'objet, celui-ci étant par ailleurs perçu au-dehors.

Voilà décrite la position adhésive, autosensuelle que l'on peut considérer comme dominant l'aube de la vie psychique. Sa pathologisation caractérisera, nous le verrons, les états autistiques voire psychotiques précoces.

3. Position paranoïde-schizoïde ou symbiotique – Clivage et identification projective

3.1. Introduction

La position paranoïde-schizoïde a été décrite par Melanie Klein (1935, 1946). On peut la nommer « position symbiotique », car ses caractéristiques rejoignent celles définies par Margaret Malher (1968) concernant la phase symbiotique du développement (voir Ciccone et Lhopital, 2001).

Si l'espace mental, dans la position adhésive, était essentiellement bidimensionnel, avec la position symbiotique se construit la tridimensionnalité (Meltzer *et al.*, 1975). Le monde, les objets, les expériences ont une profondeur, des contenus, sont appréhendés dans leur intériorité.

La position paranoïde-schizoïde est caractérisée par les angoisses de persécution, qui peuvent prendre différentes formes : séparation, dévoration, morcellement, mort et menaces diverses. Les principales défenses utilisées pour protéger le moi des angoisses persécutoires sont le clivage, l'idéalisation, le déni, la projection et l'identification projective.

3.2. Clivage, déni, idéalisation et projection

Si Freud (1927, 1938a, b) avait dégagé la notion de « clivage du moi » pour rendre compte de la coexistence de deux attitudes psychique opposées – l'une tendant à satisfaire avant tout la pulsion, l'autre tendant à respecter malgré tout la réalité –, on doit à Melanie Klein d'avoir considéré le clivage comme concernant à la fois l'objet et le moi. Le clivage consiste à créer une antithèse marquée entre un objet bon et un objet mauvais, l'objet bon, une fois intériorisé, constituant le noyau du moi autour duquel celui-ci s'accroît et se développe. Clivage du moi et clivage de l'objet sont donc contemporains. Cette antithèse, dont l'avènement caractérise l'accès à la position paranoïde-schizoïde, s'appuie d'une part sur les expériences successives de gratification et de frustration, et d'autre part sur des processus internes, en particulier la projection et l'introjection. L'objet bon ou le sein bon est issu des expériences de gratification et de la projection des pulsions libidinales. Le sein mauvais est issu des expériences de frustration et de la projection des pulsions destructrices. Les expériences successives de gratification et de frustration stimulent puissamment à la fois les pulsions libidinales, représentantes de l'amour, et les pulsions destructrices, matrices de la haine. Ces expériences donnent à l'objet le pouvoir d'être senti comme bon et d'être aimé

lorsqu'il gratifie, satisfait, sécurise, et celui d'être vécu comme mauvais et d'être haï lorsqu'il frustre, angoisse, menace.

Le clivage répond donc au besoin de maîtriser l'angoisse de persécution. En même temps qu'ils sont créés au-dehors, le sein bon et le sein mauvais sont installés par introjection à l'intérieur du psychisme du bébé. Toutes les relations ultérieures sont tributaires de la bonté ou de la férocité de ces premiers objets internalisés.

Le sein bon interne est au service de l'intégration ; il est senti comme un objet complet et représente le noyau du moi. Le sein mauvais, attaqué par les pulsions sadiques-orales et cannibaliques, est senti, lui, comme un objet fragmenté et au service de la désintégration. Le clivage aboutit ainsi à une séparation entre l'amour et la haine : le sein bon interne renforce chez l'enfant la capacité d'aimer ses objets et constitue une source de réconfort contre l'angoisse. Les désirs sadiques-oraux, éveillés par la frustration provenant de sources internes ou externes, donnent constamment au bébé le sentiment que le sein bon est détruit et réduit en pièces à l'intérieur de lui. Ces attaques fantasmatiques, influencées par ce que Melanie Klein (1952a, b) appelle la voracité, vont alimenter l'angoisse de persécution selon laquelle le sein mauvais (rendu mauvais par les projections du bébé ou par les circonstances externes – cela du point de vue de l'observateur, car on peut penser que le bébé ne distingue pas les deux sources de frustration) pourrait dévorer l'enfant avec une voracité égale à celle de ses désirs. Cette angoisse de persécution est neutralisée grâce aux expériences de gratification et d'amour, à la proximité physique de l'objet réel pendant le maternage, le nourrissage. Celui-ci aide constamment le bébé à surmonter son regret de l'état antérieur qu'il a perdu, allège son angoisse de persécution, et augmente sa confiance en l'objet.

Melanie Klein, on le voit, accorde une place fondamentale à la réalité des soins maternants comme conditionnant la qualité du développement psychique du bébé.

Enfin, le clivage contribue à former des figures persécutrices et des figures idéalisées. Ces dernières, qui ont pour fonction de protéger le moi contre les figures terrifiantes issues du sein mauvais, senti comme un persécuteur terrible, proviennent du sein bon qui a tendance à devenir un sein idéal, satisfaisant le désir vorace d'une gratification illimitée, immédiate, interminable. L'idéalisation, qui correspond à l'exagération des aspects bons de l'objet, de l'expérience, est exacerbée lorsque la frustration, la persécution ou l'angoisse sont accrues. Le bébé peut échapper à ses persécuteurs par la fuite vers son objet interne idéalisé.

Le mécanisme de clivage œuvre en association avec l'idéalisation, mais aussi avec le déni (dénier les aspects mauvais, persécuteurs de l'expérience), avec la projection (rejeter, maintenir éloignés, attribuer à un objet externe ces aspects indésirables), et avec l'identification projective, processus essentiel que je vais décrire dans le détail.

Si, comme toute défense, le clivage est nécessaire et utile (il produit notamment une première forme d'organisation des expériences), son excès produira confusion, désorientation, perte d'identité, sentiment de désintégration, de morcellement et donc accroissement, paradoxalement, des angoisses persécutoires. Les conséquences pathologiques du clivage sont notamment liées à son association avec l'identification projective.

3.3. Identification projective

3.3.1. Les trois formes d'identification projective

L'identification projective est une notion qui désigne trois types de processus, contenant chacun un pôle projectif et un pôle identificatoire (voir Ciccone, 1999 ; Ciccone et Lhopital, 2001) : la communication, l'évacuation et la pénétration intrusive.

La première forme d'identification projective consiste à communiquer des états affectifs, à éprouver des émotions et des sentiments irreprésentables en les faisant d'abord vivre et ressentir à un autre. Il s'agit d'une forme normale d'identification projective, qui peut devenir pathologique si elle est utilisée de manière excessive et exclusive. Elle nécessite la présence d'un objet externe.

Les deuxième et troisième formes, l'évacuation et la pénétration intrusive, représentent des formes pathologiques en soi d'identification projective, mais qui opèrent dans le développement normal. L'évacuation consiste à se débarrasser d'un contenu mental perturbant en le projetant dans un objet, et à le contrôler en contrôlant cet objet. Elle est essentiellement un effet de la persécution. La pénétration intrusive consiste à pénétrer l'intérieur d'un objet pour le dégrader, le contrôler ou en prendre possession. Elle est un effet de l'envie. Les deuxième et troisième formes ne nécessitent pas la présence d'un objet externe. Elles peuvent opérer exclusivement avec les objets internes (comme dans le délire, où le moi pénètre un objet et dérobe son identité, ou comme dans l'organisation en « faux self », où le sujet incorpore la superficialité des qualités d'un autre). Elles concernent néanmoins les objets externes par les *actings* dont ils sont la visée ou par les liens de dépendance dans lesquels ils sont pris.

Précisons un peu ces différents aspects.

3.3.2. Klein : l'identification projective toxique

On doit la notion d'identification projective à Melanie Klein qui introduit ce terme en 1946 pour désigner un processus dont la modélisation sera des plus fécondes pour la compréhension de la psychopathologie, en particulier des processus psychotiques. L'identification projective telle que décrite par Klein est en effet d'une valeur hautement toxique.

Elle désigne une forme prototypique de relation d'objet agressive consistant pour l'enfant à expulser et à projeter à l'intérieur du corps de la mère des parties clivées, mauvaises, chargées de haine. Malgré son statut ontogénétique, Melanie Klein conférait à l'identification projective une potentialité hautement pathogène, si elle est utilisée avec excès. Une telle projection peut concerner cependant non seulement des parties mauvaises, destructrices, mais aussi des parties bonnes, idéalisées. Si l'identification projective repose essentiellement sur le sadisme anal et urétral, consistant à projeter dans le corps maternel des substances et des parties mauvaises, Klein lie également ce processus au sadisme oral : vider le corps maternel de ce qui est bon et désirable. Elle explique, par exemple, que la tétée, comme acte de vampirisme qui consiste à épuiser le sein, nourrit le fantasme chez l'enfant de se frayer un chemin jusqu'à l'intérieur du sein puis à l'intérieur du corps de la mère (1952b).

L'identification projective consiste donc pour le moi à prendre possession d'un objet extérieur qui devient une extension du moi. Cette partie fera retour, le mouvement projectif alternant avec un mouvement introjectif, et pourra servir ou bien menacer l'intégration du moi. La réintrojection d'un objet persécuteur renforce terriblement la crainte des persécuteurs internes et externes. En revanche, la réintrojection de l'objet bon développe le sentiment d'amour et protège l'enfant contre l'angoisse de persécution qui s'en trouve diminuée.

3.3.3. Bion : l'identification projective normale et pathologique

L'identification projective a donc un aspect normal, au service du développement, et c'est surtout Bion qui, développant ce concept, envisagea cet aspect normal et développemental de l'identification projective. Il postulera, dès 1959, que l'identification projective associée à l'identification introjective fournit les bases sur lesquelles repose le développement normal. L'identification projective permet

à l'enfant de se débarrasser dans l'objet ou dans la mère des sentiments de terreur. Si celle-ci les accepte, elle pourra les détoxiquer et les restituer au bébé sous une forme tolérable. Si elle les refuse, si elle ne comprend pas la détresse du bébé et ne peut la contenir, celui-ci réintrojectera une « terreur sans nom » (1962b). Ses sentiments n'auront pas été modifiés positivement, mais seront devenus encore plus douloureux. Le lien entre la mère et le bébé repose, d'après Bion, sur l'identification projective – « réaliste » – et sur la capacité de la mère d'introjecter les identifications projectives du bébé. C'est par l'identification projective que le bébé peut communiquer ses sentiments, qu'il peut explorer ce qui, dans l'espace intérieur de son objet, excite sa curiosité, qu'il peut enfin éprouver ses propres sentiments au sein d'une personnalité capable de les contenir.

Si nous devons à Bion l'idée d'une identification projective normale, nous lui devons aussi l'élaboration d'une différenciation entre identification projective normale et identification projective pathologique qui ne soit pas uniquement d'ordre quantitatif, mais aussi d'ordre qualitatif. En effet, la pathologie de l'identification projective n'est pas envisagée seulement en fonction de son aspect massif ou excessif, mais également en fonction des qualités des parties du self projetées. Dans le développement normal, les parties projetées restent relativement inaltérées et peuvent être réintrojectées dans le moi. En revanche, lorsque les pulsions hostiles et envieuses sont intenses, les choses se passent différemment. La partie projetée éclate et se désintègre en des fragments minuscules qui, expulsés de la personnalité, vont pénétrer dans les objets et les enkyster. Ceux-ci se trouveront à leur tour désintégrés en particules minuscules. Les objets seront alors comme fragmentés en des morceaux contenant chacun une partie hostile du moi. Ces morceaux ou particules sont appelés par Bion (1957, 1958) « objets bizarres ». Ceux-ci produiront, entre autres, les hallucinations. Les « objets bizarres » sont chargés d'hostilité persécutrice. Les particules expulsées par l'identification projective sont infiniment pires après leur expulsion qu'elles ne l'étaient à l'origine. Ainsi, quand le sujet désire les réintégrer, il se sent victime d'une intrusion, assailli et torturé.

Donc, si l'on peut envisager la psychopathologie du mécanisme de défense que représente l'identification projective par ses excès, celle-ci peut être pathologique dans sa forme même. Il en va ainsi chez les personnalités psychotiques, ou dans la partie psychotique de la personnalité, dominées par l'envie et l'hostilité. Rappelons que Bion situe l'origine des processus psychotiques dans la rencontre entre une disposition innée chez l'enfant à une destructivité excessive

et une faillite dans l'environnement quant à sa fonction contenante ou transformatrice. Dès lors que cette conjonction se réalise, tout ce qui favorisera la prise de conscience de la réalité ou des émotions – et en premier lieu la pensée – sera attaqué et traité par l'identification projective pathologique qui débarrasse la psyché des fragments du moi, produits de sa destructivité (voir Bion, 1957, 1959).

L'identification projective pathologique caractérise donc les contextes psychotiques. Herbert Rosenfeld (1965, 1970, 1987), Hanna Segal (1981) et d'autres ont aussi très tôt décrit les processus d'identification projective dans différentes pathologies, essentiellement psychotiques, mais aussi dans le transfert entre patient analyste. Rosenfeld, par exemple, différencie des détails, dans la cure analytique avec des patients psychotiques, l'identification projective pathologique utilisée pour communiquer – qui représente une forme intensifiée ou distordue de l'identification projective normale – de l'identification projective pathologique utilisée pour le déni de la réalité psychique. Dans le premier cas, le patient est réceptif à la compréhension que l'analyste a de lui. En revanche, dans le deuxième cas, le patient clive et projette dans l'analyste un contenu mental perturbant dans le but de s'en débarrasser définitivement. Les interprétations de l'analyste sont alors vécues comme une tentative de repousser et de réintroduire à l'intérieur du patient le contenu insupportable et effrayant. Les processus de communication et les processus d'évacuation, ainsi que les processus d'identification projective, consistant à essayer de contrôler le corps et l'esprit de l'analyste, peuvent coexister, et il est essentiel de les distinguer et de les interpréter justement.

L'identification projective, dans le transfert psychotique, prend différentes formes, telles la relation parasitique, ou la relation délirante (Rosenfeld, 1970, 1987). Dans la relation parasitique, l'analyse doit, pour le patient, fonctionner comme son propre moi. Le patient garde la croyance qu'il vit entièrement de l'analyste et il se conduit en parasite. Le parasitisme sévère peut qualifier un état d'identification projective totale. Dans la relation délirante, le schizophrène se ressent comme vivant complètement à l'intérieur de l'objet, probablement la mère, qui représente un monde irréel délirant. Les parties saines du moi sont alors piégées, emprisonnées dans l'objet et provoquent une paralysie mentale et physique qui peut aller jusqu'à la catatonie. Rosenfeld décrit les relations de contrôle, de séduction (pouvant aller jusqu'à des influences hypnotiques ou télépathiques). Resnik (1973), aussi, a décrit l'induction et l'influence dans la relation psychotique et le transfert psychotique.

L'identification projective normale est donc au service de la communication. Elle peut devenir pathologique si elle est utilisée de façon excessive ou exclusive, car elle appauvrit le moi. L'identification projective pathologique en soi est excessivement destructrice et omnipotente, et est au service de l'évacuation. On pourrait désigner par des termes différents l'identification projective normale, au service de la communication et de la pensée, et l'identification projective pathologique, au service de l'évacuation, de la destruction et du déni de la réalité psychique, comme l'a proposé Donald Meltzer (1967 ; Meltzer *et al.*, 1980, 1982) qui suggère de réserver les termes d'identification projective au processus normal, et de désigner le processus pathologique, correspondant au fantasme omnipotent inconscient qu'a décrit Melanie Klein, par les termes d'« *identification intrusive* ». La distinction entre identification projective et identification intrusive conduit Meltzer à différencier ce qu'il appelle le « contenant » et qui représente l'« intérieur de l'objet », de ce qu'il nomme le « claustrum », et qui désigne « l'intérieur de l'objet pénétré par l'identification intrusive ». Comme il le souligne, cette modification permet d'élever à un niveau qualitatif des distinctions de nature quantitative, qui sont faites par la juxtaposition d'adjectifs tels que « normal », « excessif », « massif », etc., aux termes d'identification projective.

3.3.4. Meltzer : l'identification projective avec les objets externes et les objets internes

Il nous faut, enfin, distinguer dans l'identification projective les processus qui concernent les objets externes de ceux qui concernent les objets internes. C'est à Meltzer que l'on doit d'avoir préciser l'aspect topique et le statut de l'objet dans un tel processus et d'avoir décrit l'identification projective avec les objets internes. Rappelons que, pour Klein, l'identification projective est un processus qui a lieu en fantasme : les parties du self qui sont placées dans l'objet sont placées dans l'objet fantasmatique, l'identification projective concerne la relation fantasmatique entre le moi et les objets externes. L'objet réel n'est donc pas *a priori* affecté par le phénomène psychique, si ce n'est par le fait que le sujet tentera de pousser l'objet réel externe à se conformer à son fantasme. Si l'autre joue effectivement le rôle qui lui est assigné, cela suppose alors chez lui une identification avec l'objet auquel le sujet l'identifie. C'est Bion, avec sa conception de la relation contenant-contenu, avec son élaboration de la notion d'identification projective normale, « réaliste », entre le nourrisson et la mère, entre le patient et l'analyste, avec sa notion de « rêverie maternelle »

en réponse aux identifications projectives, qui a introduit une représentation de l'identification projective où la partie projetée est déposée *dans* l'objet réel externe. Rosenfeld a aussi développé cette idée par ses descriptions de l'identification projective visant à la communication. Celle-ci décrit une modalité de communication non verbale, infraverbale, entre le bébé et le parent, entre le patient et l'analyste. Des extrapolations ont même élargi l'application de la notion d'identification projective au point de déplacer complètement l'attention des aspects intrapsychiques et fantasmatiques à des situations complexes de l'interaction humaine : plusieurs auteurs ont décrit l'identification projective avec l'objet réel dans sa quasi seule dimension interactive, interpsychique, interpersonnelle et intrafamiliale (voir par exemple Zinner et Shapiro, 1972 ; Meissner, 1978 ; Ogden, 1979 ; Cramer et Palacio-Espasa, 1993 ; etc.).

Nous pouvons maintenant apporter les précisions suivantes avec Rosenfeld (1970, 1987) et Meltzer (1989) :

- la forme normale d'identification projective, au service de la communication, a lieu avec les objets externes. Elle est fondée sur la communication non verbale (entre le bébé et l'objet maternant, ou entre le patient et l'analyste) ;
- la forme pathologique d'identification projective (l'identification intrusive) qui consiste à pénétrer en fantasme l'objet pour le contrôler ou pour emprunter son identité, ainsi que la forme pathologique qui consiste à se débarrasser d'un contenu mental perturbant ont lieu d'abord avec les objets internes et secondairement avec les objets externes. Les objets externes sont concernés dans les *actings* qu'opère le sujet à leur encontre. Cela concerne par exemple : le fait de pousser les objets externes, par des manœuvres perverses plus ou moins subtiles, à se charger des parties ou émotions indésirables ; le fait d'œuvrer pour réduire les objets externes à une fonction d'hôte hébergeant les parties parasitiques du sujet ; le fait de contrôler les objets externes pour contrôler les objets internes dont ils sont dépositaires ; le fait de se coller aux objets externes, ce qui produit, dans la relation symbiotique, l'effet adhésif de l'identification projective (Ciccone, 1999).

Notons que Salomon Resnik (1973, 1986, 1999) a proposé l'idée de « projection interne dans le corps », hors de la psyché, pour décrire un processus reposant sur une dissociation entre corps et pensée, et fonctionnant dans les phénomènes de « somatopsychose », d'hypocondrie. Le soma, dans le cadre de la « projection interne », est une cible similaire à celle de l'objet externe dans le cadre de la projection identificatoire.

3.3.5. Identification projective et incorporation

Précisons un autre point, à partir des considérations qui précèdent : l'identification projective est le processus qui œuvre dans les fantasmes d'incorporation, tels que Nicolas Abraham et Maria Torok (1987) les ont décrits, et suivant la distinction qu'ils ont établie entre incorporation et introjection (voir Ciccone, 1997b, 1999 ; Ciccone et Lhopital, 2001). L'identification projective produit – et se réalise avec – des objets incorporés, que le moi pénètre projectivement et qui l'aliènent, le transforment, le soumettent, alors que l'identification introjective produit des objets intégrés au moi. Si l'objet introjecté est le fruit d'un processus identificatoire (introjectif) intégrateur, l'objet incorporé est le fruit d'un processus identificatoire (projectif) aliénant.

Il est indispensable et impératif de distinguer dans les processus identificatoires – comme l'a d'ailleurs souligné Melanie Klein (1955) – si l'introjection l'emporte sur la projection, c'est-à-dire si le moi élargit son expérience identificatoire sans se transformer profondément, ou bien si la projection l'emporte sur l'introjection, c'est-à-dire si le moi se perd et s'aliène en empruntant l'identité de l'objet – incorporé – pénétré. On peut dire que, dans le premier cas, le travail de subjectivation est réussi, et que, dans le second, il est en échec. La nature de la subjectivation est bien différente si le moi s'approprie l'objet en le transformant, ou s'il est lui-même transformé par l'objet qui garde son altérité à l'intérieur du psychisme du sujet. On peut dire que la première figure caractérise une transmission réussie, identifiante car transitionnelle : l'objet est transmis et transformé en même temps ; il est reçu et construit en même temps. La seconde figure est celle d'une transmission traumatique, brute. L'objet conserve son altérité, met en échec son appropriation par le moi, contraint le moi à se transformer, à s'aliéner.

Il y a bien sûr une histoire du processus identificatoire : dans le décours du processus identificatoire, l'incorporation et l'identification projective avec l'objet incorporé font partie de tout travail de deuil et sont préalables à toute introjection identificatoire. Mais si l'identification projective ne cède pas, elle compromet l'introjection et fragilise le sentiment d'identité.

Comment se distingue l'identification projective de la simple projection ?

3.3.6. Identification projective et projection

L'une des distinctions essentielles réside dans le fait que l'identification projective, contrairement à la simple projection, suppose un fort lien

d'empathie avec la partie projetée. L'identification projective maintient un *lien symbiotique* avec l'objet, sa phénoménologie embrassant toutes les figures du lien symbiotique, depuis la symbiose la plus normale, la plus créatrice, jusqu'à la symbiose la plus destructrice. Par ailleurs, l'identification projective suppose aussi, contrairement à la simple projection, une *induction comportementale*. Salomon Resnik (1973) a insisté sur les aspects corporels, comportementaux de l'induction et de l'influence supportées par les processus d'identification projective, surtout chez les patients psychotiques qui stimulent chez autrui une disponibilité à incorporer les objets transmis. Herbert Rosenfeld (1987) parle de « force hypnotique primitive », on l'a vu, pour décrire les formes de communication non verbale caractéristiques de l'identification projective chez le schizophrène. On pourrait même soutenir l'idée que l'identification projective et la pression interactive qu'elle suppose sont motivées par la nécessité pour le sujet de garder le contact avec un élément psychique qui risque de se perdre, d'être catapulté tel un satellite hors de l'espace mental, et dont l'hébergement dans l'espace mental d'un autre garantirait sa proximité permanente.

3.3.7. Motifs et effets de l'identification projective pathologique

Les motifs poussant à l'utilisation de l'identification projective pathologique sont toujours des situations responsables de grande douleur psychique : intolérance à la séparation, envie, jalousie, angoisse persécutoire et échec de l'objet à contenir et transformer les projections.

Les conséquences de l'identification projective pathologique ou intrusive sont de deux ordres : l'activation d'angoisses et la modification du sentiment d'identité.

Les changements dans l'identité du sujet résultent de l'affaiblissement et l'appauvrissement du moi que Melanie Klein (1946, 1955) avait déjà signalés. Elle avait indiqué aussi les difficultés d'assimilation des objets internes avec, par exemple, le sentiment d'être contrôlé par eux, le sentiment de faire intrusion dans, ou d'être intrusé par, des objets hostiles, troubles à la base de la schizophrénie. Elle avait souligné les angoisses claustrophobiques, les angoisses d'être contrôlé et persécuté depuis l'intérieur de l'objet, troubles à la base de la paranoïa. Les autres effets psychotisants quant au sentiment d'identité sont des effets de dépersonnalisation, de confusion (Rosenfeld, 1965, 1987 ; Segal, 1981).

Donald Meltzer (1992) différencie les conséquences claustrophobiques selon le « compartiment » de l'objet dans lequel le moi fait intrusion (Meltzer décrit une « géographie » de l'objet incorporé, l'objet prototypique étant le corps maternel, avec différents compar-

timents) : l'intrusion dans le sein ou dans la tête de l'objet donnera un aspect grandiose à la personnalité en identification projective ; l'intrusion dans les organes génitaux se traduira par un aspect érotomaniaque ; l'intrusion dans le rectum, enfin, aura les conséquences les plus redoutables, et donnera un aspect persécutoire, violent, pervers, sadomasochiste, tyrannique aux éprouvés claustrophobiques. Les conséquences identificatoires sont essentiellement la pseudomaturité, la fausse identité, le faux self.

Les angoisses claustrophobiques poussent à renoncer à l'identification projective, mais ce renoncement convoque des angoisses dépressives (être laissé tomber) qui réactivent l'identification projective utilisée pour fuir la dépendance d'avec l'objet et la crainte d'être laissé tomber. Comme le dit Meltzer (1989), les angoisses claustrophobiques « poussent » et les angoisses de séparation « tirent ». L'angoisse de séparation qui correspond à la situation projective de se trouver dans le rectum de l'objet intrusé n'est pas l'angoisse de mort (Klein) ni de chute sans fin (Winnicott, Tustin), mais l'angoisse d'« être déféqué, expulsé au-dehors et se trouver dans les W-C, c'est-à-dire devenir une épave de la société, clochard ou malade mental » (Meltzer, 1988b, p. 61). On mesure le caractère redoutable de l'analité dans ces configurations.

Comment se traduit l'identification projective dans la relation à l'objet ?

3.3.8. Identification projective et relation à l'objet

Le lien que fonde et qu'entretient l'identification projective est de nature *symbiotique*, nous l'avons vu. L'identification projective normale caractérise la symbiose normale, et l'identification projective pathologique la symbiose destructrice. On a vu aussi les effets d'induction, d'influence, corrélats interactifs et intersubjectifs de l'identification projective.

On peut décrire une caractérologie de l'identité effet de ce processus identificatoire, qui donnera un aperçu phénoménologique du lien à l'objet sous-tendu par l'identification projective. Melanie Klein (1946) avait décrit comme traits de caractère propre à l'identification par projection : l'obsessionnalité, laquelle témoigne du besoin de contrôler les autres dans le but de contrôler les parties du soi projetées dans les autres ; l'attachement et l'intérêt compulsifs à l'égard des autres ; l'artificialité dans la relation aux objets et dans la relation à soi-même ; le retrait excessif des relations objectales.

Meltzer *et al.* (1975) décrivent quelques traits caractérologiques de l'identité de l'enfant usant de l'identification projective. Ils con-

cernent la dépendance, la lutte contre la séparation, le délire de clairvoyance et la conduite de caricature :

- la dépendance se traduit, dans l'identification projective, par un délire d'indépendance dû à la perte de la différenciation entre les capacités adultes et les capacités infantiles ;
- la lutte contre la séparation est due à ce que l'enfant expérimente le refus de sa tyrannie comme une menace profonde pour son omnipotence ;
- le délire de clairvoyance se manifeste par l'illusion délirante de connaître et de voir clairement l'intérieur de l'objet, ce qui conduit souvent l'observateur à surestimer l'intelligence de l'enfant pseudomature ;
- la caricature des objets que présente l'enfant identifié de façon projective est une caricature agressive (dont la tenue du travesti est un exemple extrême) avec un aspect pompeux, prétentieux, grossier.

On peut décrire aussi quelques manifestations typiques de l'identification projective observées dans la situation de traitement d'enfants psychotiques (Meltzer 1967, 1992) : utilisation du corps de l'analyste comme une partie du soi ; utilisation de la pièce en tant qu'intérieur d'un objet (dans de telles situations, l'analyste tend à représenter un objet partiel contenu à l'intérieur de cet objet, tout en étant également assimilé à l'objet) ; renversement de la relation adulte-enfant, dans lequel l'analyste est considéré comme contenant et représentant une partie aliénée du soi infantile ; exercice d'un contrôle omnipotent sur l'analyste. L'objet est utilisé comme un « sein-toilettes » ; c'est un objet valorisé, considéré comme nécessaire, mais non aimé. Il est issu du clivage et de la nature partielle de la relation d'objet.

3.3.9. L'identification projective comme processus central

L'identification projective ou la projection identificatoire se conçoit donc d'un point de vue ontogénétique : c'est un processus nécessaire au développement de la personnalité, à l'établissement des premières relations d'objet, et qui se déploie dans la position paranoïde-schizoïde. Elle est à l'œuvre également dans les positions défensives que sont la position maniaque et la position mélancolique que j'envisagerai plus loin. Son activité se poursuit même dans la position dépressive, mais le projet identificatoire penche dans ce cas-là en faveur de l'introjection.

L'identification projective est un processus qui occupe une place fondamentale aussi bien dans le travail thérapeutique que dans la dynamique développementale. Il est nécessaire, mais seul son

abandon assure la potentialité future d'une santé mentale, aussi bien dans les états psychotiques que dans les états borderline ou névrotiques. Nous pouvons dire que renoncer à l'identification projective signifie, en fin de compte, assumer sa propre identité, être soi-même, vivre à l'intérieur de soi. Seul cet état est compatible avec la santé mentale.

Au final, la position paranoïde-schizoïde ou symbiotique est caractérisée par les angoisses de persécution, les mécanismes de clivage, d'idéalisation, de déni, de projection. Les processus défensifs et identificatoires sont sous-tendus par l'identification projective. Les objets sont partiels et la relation d'objet est narcissique : les objets sont investis comme des prolongements du soi ou comme au service du soi ; l'identification projective entretient l'illusion d'une frontière commune entre sujet et objet, et répond au besoin du moi d'être « hébergé » dans la psyché de l'objet. La relation d'objet est caractérisée par la symbiose, mais aussi par l'emprise, la tyrannie, le parasitisme, l'omnipotence voire le délire. La pathologisation de la position symbiotique ou paranoïde-schizoïde concernera donc les psychoses, voire certains états limites, avec des aspects paranoïaques, schizophréniques, symbiotiques destructeurs.

4. Position dépressive – Refoulement et identification introjective

4.1. Introduction

Dans la position dépressive, l'objet est ressenti comme total, le moi fait la synthèse entre ses différents aspects (bons et mauvais, aimés et haïs). Les angoisses éprouvées seront ainsi des angoisses de perte, et les attaques portées à l'objet produiront de la culpabilité.

L'espace mental est complexifié, avec apparition de la temporalité historique – quatrième dimension de l'espace psychique, selon Meltzer (*et al.*, 1975). Les objets et les expériences ont non seulement une intériorité, un contenu, des fantasmes, mais un sens tributaire d'une histoire.

C'est en 1935 que Melanie Klein décrit la position dépressive. L'état dépressif, qui culmine au moment du sevrage, dérive du point de vue génétique de l'état paranoïde. Si l'angoisse paranoïde est une angoisse de persécution qui porte sur la protection du moi, l'angoisse dépressive est décrite par Melanie Klein comme une angoisse de persécution qui porte sur la protection des bons objets intériorisés aux-

quels s'identifie le moi (en 1960, Melanie Klein insiste sur l'intrication entre les positions paranoïde-schizoïde et dépressive : l'angoisse pour le moi, c'est-à-dire l'angoisse paranoïde, inclut forcément une part de « souci pour l'objet »). La position dépressive, où s'opère le passage de l'introjection d'objets partiels à l'introjection d'objets d'amour complets, confronte le sujet à la crainte de perdre l'objet intériorisé, lors de chaque expérience de perte de l'objet d'amour réel. Melanie Klein (1940) fait ainsi de la position dépressive une « mélancolie *in statu nascendi* ». L'enfant pleure la perte du sein et de ce que celui-ci représente, c'est-à-dire l'amour, la bonté et la sécurité.

4.2. Angoisses et défenses

La position dépressive se caractérise par deux séries de sentiments, qui sont la persécution par de mauvais objets (sentiments issus de la position paranoïde-schizoïde) et la nostalgie de l'objet aimé, ainsi que par les défenses liées à ces sentiments. Ces angoisses et ces défenses définissent la *névrose infantile*. L'enfant surmonte la position dépressive, autrement dit sort de la névrose infantile, grâce aux expériences réelles avec les objets du monde extérieur. Les expériences créatrices fortifient les bons objets internes qui pourront secourir l'enfant dans les situations de détresse ; elles augmentent la sécurité intérieure et la foi dans les capacités réparatrices. Le besoin de réparation résulte de l'accès à la position dépressive qui intègre les aspects bons et mauvais des objets internes et externes, et engendre les sentiments d'ambivalence et de culpabilité. Dans la position dépressive, le moi témoigne d'une sollicitude envers ses objets.

La position dépressive est donc liée à l'expérience de la perte, du manque. Elle est atteinte lorsque cette expérience provoque des sentiments de culpabilité, d'amour (ambivalent) pour l'objet et mobilise des désirs de réparation.

Outre les mouvements de réparation, effet des éprouvés de culpabilité, quelles sont les défenses caractéristiques de la position dépressive ?

Le moi étant plus intégré dans la position dépressive, il peut recourir au refoulement, tel que Freud (1915e) a pu le définir, et à ses différents effets défensifs caractéristiques de la névrose (dénégation, isolation, déplacement, condensation). Le clivage, utilisé pour combattre les persécuteurs internes et externes, modifie peu l'angoisse, car il est accompli par un moi peu organisé, et les images persécutrices, même clivées et projetées, continuent d'harceler le moi. Dans le

refoulement, en revanche, le moi plus organisé se sépare des pensées inconscientes et des figures terrifiantes d'une manière plus efficace. Le refoulement garantit la synthèse de l'objet, et contribue à constituer la division entre conscient et inconscient.

4.3. Identification introjective

Les modalités identificatoires à l'œuvre dans la position dépressive seront du registre de l'identification introjective (voir Ciccone, 1999 ; Ciccone et Lhopital, 2001). L'introjection de l'objet a un effet identificatoire qui « fabrique » du moi. Contrairement à l'identification projective qui crée des objets « incorporés », conservant leur altérité et aliénant le moi, l'identification introjective produit des objets intégrés au moi, nourrissant et développant le moi. L'introjection identificatoire établit l'objet dans le moi, l'intègre au moi, mais dans le même mouvement, elle « dé-soude » l'objet du moi. L'objet intériorisé, en effet, pour ne pas être aliénant, se doit de ne pas être trop lié au narcissisme, trop « soudé au moi », comme dit André Green (1988). S'il en est autrement, l'objet intériorisé aura statut d'objet incorporé, avec des effets aliénants, confusionnants, symbiotiques. On peut dire, comme on l'a vu plus haut, que l'objet introjecté *est transformé* par le moi, alors que l'objet incorporé, lui, *transforme* le moi, l'aliène (Ciccone, 1997b, 1999). La limite entre l'objet interne introjecté et l'objet interne incorporé situe la zone de passage, d'inflexion de l'identification introjective à l'identification projective, et, d'une certaine façon, de la santé mentale à la psychopathologie.

4.4. Position dépressive et développement psychique sain ou pathologique

La position dépressive occupe une place centrale dans le développement psychique et les conditions de son élaboration et de son dépassement déterminent le destin sain ou psychopathologique de ce développement. Chacune des positions développementales contient une potentialité pathologique inhérente à l'intensité des angoisses, à la radicalité des défenses, à la nature du lien aux objets susceptible ou pas d'aider le sujet, l'enfant, le bébé dans la gestion de ses conflictualités. Mais la position dépressive et le contexte de son abord déterminent le destin psychique.

On peut considérer l'état mental comme oscillant dès l'origine entre les positions adhésive, paranoïde-schizoïde et dépressive. La pathologisation résultera d'un échec dans la tolérance à la douleur

dépressive. Si l'angoisse dépressive est vécue comme une terreur sans nom, l'enfant l'évacuera par la rigidification autistique, et l'évacuation émotionnelle sera garantie au prix du démantèlement de l'appareil psychique et perceptuel, démantèlement qui ne pourra pas transformer les angoisses catastrophiques. Si l'angoisse dépressive est vécue comme une désintégration, la psyché s'organisera selon les aménagements paranoïdes-schizoïdes, évacuant l'émotion au prix du clivage, lequel nourrira les angoisses persécutoires. Autrement dit, l'évitement de la douleur dépressive convoque des défenses – spécifiques à chaque état de maturation psychique – responsables d'angoisses encore plus dommageables. La véritable angoisse dépressive est celle tolérée par le moi qui, suffisamment intégré, peut éprouver la douleur dépressive, c'est-à-dire faire l'expérience de la perte. L'angoisse dépressive proprement dite est éprouvée par la partie non psychotique de la personnalité. L'expérience de la perte, chez une personnalité un peu plus intégrée que la personnalité autistique ou schizoïde, pourra conduire au recours à d'autres positions que les positions autistique ou symbiotique ; je vais y revenir.

Précisons que l'angoisse dépressive propre à la position dépressive est de nature *objectale* : elle concerne essentiellement l'objet et, si elle blesse les objets internes, elle ne les détruit pas ; alors que l'angoisse dépressive, qui rejette le sujet dans les positions autistique et paranoïde-schizoïde, est de nature *narcissique* : elle concerne essentiellement le moi et elle attaque les objets internes jusqu'à les détruire.

La position dépressive occupe donc une place centrale dans la construction et l'organisation psychiques et dans la potentialité pathologique. Melanie Klein a découvert que ce qui organise la vie mentale, c'est d'abord le sevrage, c'est-à-dire l'expérience de la perte du sein. La qualité de ce premier travail de deuil, puis des suivants, est déterminante, la croissance mentale consistant à aménager, traiter les expériences de séparation. La position dépressive est atteinte lorsque l'amour pour l'objet est reconnu dans son ambivalence et le lien à l'objet marqué par la sollicitude.

Toutefois, les situations de perte de l'objet peuvent toujours déclencher des réactions défensives diverses, et tout n'est pas joué à l'abord de la position dépressive : c'est à ce moment-là que peuvent s'installer les conditions de la santé mentale, ou bien les conditions de la pathologie, dans des registres très variés.

Différentes défenses peuvent être mobilisées lors de l'abord de la position dépressive (Klein, 1935, 1940, 1946, 1952b) :

- la fuite vers l'objet intériorisé idéalisé (qui peut aboutir à la négation de la réalité et à la schizophrénie) ;

- le renforcement des défenses paranoïdes-schizoïdes (clivage, déni, identification projective dont le but est de détruire l'objet persécuteur, ce qui peut conduire à la paranoïa) ;
- les défenses maniaques (idéalisation, omnipotence, triomphe, négation de la réalité psychique, identification projective dont le but est de contrôler et de maîtriser l'objet persécuteur, incorporation avide et cannibalique des bons objets, mépris des bons objets par négation de l'inquiétude et de l'angoisse de perte à leur égard – ces défenses constituent la position maniaque, base de la maladie maniacodépressive et œuvrent en étroite liaison avec les défenses obsessionnelles) ;
- la fuite vers un bon objet extérieur (caractéristique, d'après Klein, de la maladie névrotique, qui peut aboutir à une dépendance servile à l'égard des objets et à la faiblesse du moi mais qui me semble une modalité défensive en fait plus proche du parasitisme ou de la personnalité en « faux self », où prédomine l'identification projective).

4.5. Position maniaque

Melanie Klein a insisté sur la *position maniaque*. Elle en a fait une position normale du développement psychique, inhérente au besoin de réparation des objets aimés attaqués dans les fantasmes avides et destructeurs.

Hanna Segal (1964, 1981) a distingué plus clairement que ne l'avait fait Melanie Klein la réparation maniaque omnipotente de la réparation non maniaque. La réparation caractéristique de la position maniaque est une réparation immédiate et complète, évitant le deuil et la culpabilité par la manœuvre omnipotente qui consiste à faire comme si l'objet était redevenu comme avant le dommage. La réparation maniaque annule le dommage mais ne le traite pas. La réparation non maniaque le reconnaît et le traite. La réparation non maniaque n'est pas une défense, car elle se fonde sur la reconnaissance de la réalité psychique. C'est de cette réparation dont parle Klein lorsqu'elle souligne que le désir de réparation marque la fin de la névrose infantile. La réparation – non maniaque – soulage le moi qui éprouve la culpabilité et prépare le chemin aux relations objectales. La position maniaque, en revanche, évite la culpabilité en transformant la douleur dépressive en angoisse persécutrice et en conduisant le moi à idéaliser l'objet bon et à triompher de l'objet persécuteur projeté au-dehors. L'échec de la réparation maniaque conduit le moi à utiliser des défenses obsessionnelles dans sa tentative de réparation. Les défenses maniaques travaillent ainsi en

étroite collaboration avec les défenses obsessionnelles. Si la manie est un refuge devant l'angoisse dépressive, elle peut aussi être un refuge devant une situation paranoïde que le moi est incapable de maîtriser. La position maniaque vise le contrôle de l'objet persécuteur – contrairement à la position paranoïde qui vise la destruction de l'objet persécuteur.

À propos de ces « fausses réparations » (la réparation maniaque et la réparation obsessionnelle), Anne Alvarez (1992) insiste sur la nécessité de ne pas les considérer seulement comme des défenses contre la douleur psychique évitant la vraie réparation issue de la position dépressive. Elles sont aussi des recours nécessaires, des étapes de transition parfois indispensables dans l'évolution vers la réparation vraie. Il est ainsi important de pouvoir les reconnaître comme porteuses de potentiel de progrès développemental. Si l'état maniaque dénie la dépression, il est aussi à certains moments un répit nécessaire face à des sentiments trop pesants, trop pénibles, et il est important de distinguer les deux situations.

4.6. Position mélancolique

Outre la position maniaque, nous pouvons décrire une autre position défensive à laquelle peut avoir recours le moi en proie à des angoisses dépressives insurmontables ou à des angoisses paranoïdes non maîtrisables : il s'agit de la position mélancolique (voir Ciccone et Lhopital, 2001). La défense mélancolique serait comme un double inversé de la défense maniaque. Alors que la défense maniaque consiste pour le moi à projeter l'objet persécuteur dans le monde externe (en particulier le surmoi persécuteur) et à introjecter l'objet idéalisé tout-puissant auquel il s'identifie, la défense mélancolique consiste à introjecter l'objet persécuteur et à projeter l'objet idéalisé. C'est cette projection – où l'objet idéalisé est perdu – qui est à l'origine des sentiments de désespoir, de désolation et d'impuissance propres à l'état mélancolique. Les défenses maniaques et mélancoliques œuvrent alternativement ou simultanément. On peut voir notamment le recours aux défenses mélancoliques (préserver un bon objet même si à l'extérieur) lorsque les défenses maniaques échouent (impossibilité à projeter le surmoi persécuteur et à l'identifier à un objet externe).

Sur le modèle des défenses maniaques, les défenses mélancoliques peuvent donc se regrouper ainsi (voir aussi Palacio-Espasa, 1977) : déni de la persécution et de la culpabilité ; déni des aspects bons de soi-même ; projection des aspects bons-idéalisés du soi ; toute-puissance négative ; identification avec l'objet persécuteur.

La dépression mélancolique, telle que la décrit Béla Grunberger (1975), où le moi vit un véritable esclavage dans la dépendance totale et écrasante à l'idéal du moi projeté dans un autre duquel le sujet cherchera à se faire aimer, traduit bien cette pathologisation de la position mélancolique, laquelle répond à un échec de l'élaboration de la position dépressive et de l'intégration du moi. Plus l'angoisse de perte est grande, plus la restauration des objets aimés est pénible, et plus les exigences du surmoi sont rigoureuses.

Ainsi la position mélancolique se caractérise-t-elle par une implacable cruauté du surmoi, par d'intenses sentiments de honte ainsi que par de profonds et inconsolables remords. La mélancolie représente une mégalomanie narcissique, un triomphe du narcissisme sur le moi déprécié. Le suicide peut s'expliquer alors comme un moyen de protéger l'objet idéal projeté à l'extérieur. La position mélancolique évite la douleur dépressive due aux attaques sadiques à l'encontre de l'objet aimé en projetant l'objet idéal à l'extérieur et en détruisant l'objet persécuteur introjecté.

4.7. Résumé

En résumé, la position dépressive est caractérisée par les angoisses de perte, les processus de refoulement et de réparation. La relation au monde est objectale, le lien aux objets marqué par l'ambivalence, la culpabilité, la sollicitude. Sa pathologisation organisera toutes les formes de névrose et certaines formes d'état limite, particulièrement concernées par la gestion de l'ambivalence et de la culpabilité.

La position dépressive est centrale dans le développement psychique. De son élaboration dépend la santé mentale ultérieure. Les souffrances liées à la douleur dépressive peuvent rejeter le sujet soit dans une position autistique, soit dans une position paranoïde-schizoïde, ou bien le projeter soit dans une position maniaque, soit dans une position mélancolique. Ces positions sont régies par une dépendance à l'égard d'un objet persécuteur, hostile au développement, et une dépendance à un objet idéal, tout-puissant, grandiose, triomphant et tout aussi redoutable. Cette dépendance est stérile et destructrice. La santé mentale repose sur le dépassement de la position dépressive, grâce à la réparation, fondée sur la prédominance des sentiments de nostalgie envers l'objet d'amour, nostalgie qui est créatrice, car régie par l'amour pour les *objets externes* et pour les *objets internes*. La santé mentale consiste à ne pas détruire les objets externes pour protéger ses objets internes, ni détruire ses objets internes pour préserver quelque objet externe.

Le tableau 16.1. synthétise les principales caractéristiques évoquées ci-dessus. Rappelons que ces positions qui apparaissent au cours du premier âge réapparaissent tout au long du développement en se complexifiant. L'oscillation entre ces différentes positions – c'est le modèle que je soutiens – caractérise le travail d'intégration du processus de subjectivation à chaque étape du développement. Cette oscillation rend compte de la coexistence de processus ou de conflictualités narcissiques et objectales, pré-œdipiennes et œdipiennes, dans chaque contexte développemental ou psychopathologique, ces différentes conflictualités étant reprises, ressaisies à chaque étape du développement de l'enfant puis de l'adolescent.

TABLEAU 16.1. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES POSITIONS AUTOSENSUELLE, PARANOÏDE-SCHIZOÏDE ET DÉPRESSIVE

	Position autosensuelle ou adhésive	**Position paranoïde-schizoïde ou symbiotique**	**Position dépressive**
Âge développemental (approximatif) des premières organisations	1er et 2e mois	Du 2e au 6e mois	Après le 6e mois
Angoisses	Agonies primitives Angoisses d'anéantissement	Angoisses de persécution	Angoisses dépressives Angoisses de perte
Défenses	Démantèlement Identification adhésive	Clivage et idéalisation Projection et déni Identification projective	Refoulement Réparation
Relation d'objet	Relation d'objet narcissique (narcissisme primaire) Adhésivité, mimétisme	Relation d'objet narcissique (narcissisme secondaire) Symbiose	Relation d'objet objectale Ambivalence Culpabilité Sollicitude
Pathologisation	États autistiques et psychotiques précoces	États psychotiques Certains états limites	États névrotiques Certains états limites

CHAPITRE 17

Principales entités nosologiques – Approche sémiologique et diagnostique

Dans cette rapide et condensée approche sémiologique et diagnostique, je décrirai l'ensemble des contextes psychopathologiques auxquels confronte la pratique clinique auprès des nourrissons, des enfants et des adolescents. Les catégorisations suivantes – surtout pour ce qui concerne les névroses, les troubles à expression somatique et les troubles des conduites et des comportements – reprennent les éléments essentiels ou s'inspirent de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA ; Misès *et al.*, 2002) – même si certaines pathologies sont classées un peu différemment.

Je présenterai d'abord sommairement les principales configurations et déclinaisons des troubles autistiques, psychotiques, limites et névrotiques.

De nombreux symptômes peuvent faire partie de, ou se retrouver dans, plusieurs contextes pathologiques, plusieurs catégories diagnostiques. Certains sont par ailleurs souvent traités pour eux-mêmes soit parce qu'il est difficile d'affirmer et de considérer un tableau psychopathologique avec une organisation et un diagnostic précis, soit parce qu'ils sont isolés et semblent représenter la principale source de souffrance. Cela dit, les considérer comme symptômes signale bien qu'ils masquent, et révèlent en même temps, une souffrance qui est ailleurs. J'énumérerai ainsi, dans les rubriques « Troubles du développement et des fonctions instrumentales », « Troubles des conduites et des comportements », « Troubles à expression somatique », un certain nombre de ces symptômes qui, encore une fois, peuvent se retrouver dans des tableaux différents, et qui sont souvent le motif de la consultation. Je signalerai également les types de déficience intellectuelle et de handicap auxquels le clinicien peut avoir affaire.

Je terminerai par deux paragraphes spécifiques, l'un exposant dans le détail les signes de souffrance psychique chez le bébé, et l'autre soulignant quelques particularités de la symptomatologie psychopathologique à l'adolescence.

1. Autisme

L'autisme de l'enfant est souvent classé parmi les « troubles envahissants du développement » (CIM-10 [Organisation mondiale de la santé, 1992] ; DSM-IV [American Psychiatric Association, 1995]). Il est aussi parfois considéré comme une forme de psychose précoce (de Ajuriaguerra et Marcelli, 1984 ; CFTMEA [Misès *et al.*, 2002]). Statistiquement, l'autisme atteint environ 5 enfants sur 10 000, et environ 2 garçons pour 1 fille.

1.1. Caractéristiques générales

L'autisme est caractérisé par des troubles majeurs de l'établissement des relations interpersonnelles, des relations sociales. L'enfant n'établit pas de contact, ou évite le contact, se met en position de retrait. Il ne manifeste pas ou peu d'intérêt pour les personnes. Il différencie peu l'animé et l'inanimé, l'humain et le non-humain. Il peut présenter un intérêt, parfois compulsif, pour quelques objets (un objet concret, son image spéculaire, etc.).

La communication présente de fortes altérations. Le langage est souvent absent, ou fortement troublé, avec des écholalies. La communication non verbale est aussi altérée ; on observe des échopraxies, des gestes « magiques ».

L'enfant présente des stéréotypies, des comportements répétitifs. Les gestes stéréotypés s'accompagnent parfois d'automutilations.

L'autisme est caractérisé par l'absence de jeu, l'absence de phénomènes transitionnels.

On observe souvent une exigence tyrannique d'immuabilité.

Les troubles autistiques s'accompagnent souvent de troubles cognitifs, d'une déficience intellectuelle, d'un retard mental.

Les angoisses auxquelles est confronté l'enfant autiste sont des angoisses très primitives d'annihilation, de non-existence.

Les défenses utilisées sont essentiellement l'agrippement adhésif et le démantèlement tels que je les ai décrits dans le chapitre précédent. (Je reviendrai plus en détail sur les processus autistiques dans le chapitre suivant.)

1.2. Autisme infantile précoce, type Kanner

Le tableau avait été décrit par Léo Kanner (1943, 1944). On retrouve l'ensemble des troubles caractéristiques décrits ci-dessus. La pathologie débute au cours de la première année de vie, et les manifestations caractéristiques s'observent avant l'âge de 3 ans.

1.3. Autisme secondaire régressif

L'autisme secondaire régressif débute dans la deuxième année, après une période de développement normal, souvent jusqu'à 14 à 18 mois. La réalité d'une période de développement normal est cependant souvent difficile à affirmer, du fait en partie du fréquent déni parental, voire du déni des professionnels de la petite enfance devant les troubles du bébé.

Cette forme secondaire et régressive d'autisme est proche des psychoses précoces (psychose symbiotique, psychose schizophrénique ; voir Tustin, 1987).

1.4. Syndrome d'Asperger

Le syndrome d'Asperger est un syndrome autistique sans retard du développement cognitif et surtout du développement du langage. Cette catégorie est parfois assimilée à celle de l'autisme de « haut niveau », d'autres fois différenciée.

L'enfant présente des capacités particulières dans certains domaines (mémoire, calcul, etc.), mais qui restent isolées de l'ensemble du fonctionnement psychique et inadaptées.

2. Les psychoses

2.1. Caractéristiques générales

Tout comme chez l'adulte, la psychose chez l'enfant est marquée par une rupture d'avec la réalité, un discours délirant, d'éventuelles hallucinations. Le délire est plus difficile à affirmer chez l'enfant que chez l'adulte, en particulier chez l'enfant jeune pour lequel les limites entre l'imaginaire et la réalité sont toujours quelque peu poreuses.

On observe chez l'enfant psychotique une désorientation, des incohérences. La distinction entre fantasme et réalité, imaginaire et réalité reste faible.

Les psychoses de l'enfant sont caractérisées par des troubles majeurs de la communication, avec des moments de retrait relationnel, des « absences ».

Les pensées et les représentations sont souvent très crues, concrètes. L'enfant utilise davantage des « équations symboliques » (Segal, 1957) que des symboles ou des pensées.

Les accès d'angoisse sont violents et provoquent des mouvements de repli, de régression, ou déclenchent des impulsions destructrices (hétéro- et autodestructrices). Les débordements émotionnels, pulsionnels sont fréquents.

L'enfant psychotique affiche une toute-puissance, une intolérance majeure à la frustration, à la réalité.

Il vit par ailleurs dans un monde de persécution, un univers de terreur.

Les angoisses psychotiques sont donc essentiellement des angoisses de persécution. Celles-ci peuvent prendre la forme d'éprouvés de confusion, de morcellement, de désintégration, de mort.

Les défenses contre ces angoisses sont représentées essentiellement par le clivage, l'idéalisation, la projection, le déni, la dissociation de la pensée, la projection, l'identification projective – défenses décrites dans le chapitre précédent.

2.2. Psychose déficitaire précoce

Une première forme de psychose infantile est représentée par la psychose déficitaire précoce. Celle-ci regroupe l'essentiel des symptômes psychotiques – notamment les accès d'angoisse majeur, les régressions à des comportements autodestructeurs, les traits autistiques –, avec un déficit mental sévère, d'emblée présent (pas ou peu de langage, retard massif des acquisitions, etc.).

Si cette forme de psychose est différenciée, du fait essentiellement de la sévérité du déficit mental, rappelons que, par ailleurs, dans la plupart des cas d'autisme ou d'autres psychoses de l'enfant coexistent habituellement un retard mental ou des troubles cognitifs.

2.3. Psychose symbiotique

Le tableau de la psychose symbiotique, initialement décrit par Margaret Mahler (1968), comporte l'ensemble des principaux symptômes psychotiques, mais est dominé par la présence d'angoisses majeures à la séparation. Les séparations ou les frustrations déclenchent des crises de rage particulièrement désorganisatrices. La séparation est vécue comme un arrachement d'une partie du corps.

La relation à l'objet est caractérisée par l'intrusion, l'hyperpénétration. Celle-ci se manifeste dans les corps à corps, les échanges de regard, tout se passant comme si l'enfant souhaitait entrer littéralement dans le corps ou la tête de l'autre. On peut observer des comportements

« hémiplégiques » (Haag *et al.*, 1995), comme si un hémicorps était resté collé à un autre. L'hyperpénétration s'observe également dans les « jeux » d'emboîtement forcé avec divers contenants. Ces mouvements d'intrusion alternent avec des moments de fuite, d'évitement, de rejet, de maltraitance de l'objet.

La relation à l'objet est ainsi une relation de collage tyrannique. À la symbiose s'associe la destructivité.

Le tableau de la psychose symbiotique contient souvent des traits autistiques (la pathologie est d'ailleurs parfois mixte, comme le signalait Mahler). Ce qui différencie le tableau autistique du tableau symbiotique est la prépondérance des défenses autistiques ou symbiotiques. Enfin, la psychose symbiotique constitue souvent un mode de sortie d'un état autistique, un mode d'évolution d'un état autistique précoce.

Geneviève Haag (1985 ; Haag *et al.*, 1995), par exemple, en appui entre autres sur les travaux de Tustin et de Meltzer, a souligné les traits communs entre l'autisme et les « symbioses pathologiques », et étudié les voies de passage d'un état à l'autre, les modalités d'évolution de l'autisme jusqu'à l'organisation symbiotique ; puis l'individuation.

(Je reviendrai dans le chapitre suivant sur la psychose symbiotique.)

2.4. Psychose schizophrénique

La psychose schizophrénique de l'enfant (nommée également psychose désintégrative, délirante, ou discordante) débute après l'âge de 4 ou 5 ans. Elle peut se manifester progressivement, ou bien apparaître après un épisode aigu, et s'inscrit dans un processus évolutif au long cours.

Prédominent la dissociation, la discordance, l'incohérence, les angoisses désintégratives, le retrait et la désorganisation majeure de la vie mentale, la perte rapide des capacités adaptatives. Le délire prend souvent la forme d'idées persécutoires, d'idées de transformations corporelles, ou de phobies étranges.

La schizophrénie de l'enfant, sous certaines de ses formes, peut constituer un mode d'évolution d'une psychose précoce (autisme ou dysharmonie psychotique), et évolue souvent vers des troubles schizophréniques sévères avec altération de l'efficience intellectuelle.

La schizophrénie de l'adolescent regroupe, quant à elle, l'ensemble des manifestations qui sont celles de la schizophrénie de l'adulte. Au délire, aux hallucinations, aux idées bizarres, au retrait social s'associent souvent des conduites antisociales, des irruptions de violence hétéro- et autodestructrices, des gestes suicidaires. Ces manifestations font fréquemment suite à, ou s'accompagnent de prises de substances toxiques (drogues ou alcool) continues ou discontinues.

2.5. Psychose dysthymique

Rare chez l'enfant (elle peut apparaître après l'âge de 3 ou 4 ans), moins chez l'adolescent, la psychose dysthymique rappelle la psychose maniacodépressive de l'adulte. Il s'agit d'un tableau psychotique où dominent les troubles de l'humeur, avec une alternance de phases de dépression majeure (affects dépressifs envahissants, repli du soi, ralentissement idéique, vide de la pensée) et de phases d'excitation maniaque (accès d'excitation et d'agitation, débordement idéique).

2.6. Dysharmonie psychotique

Le tableau de la dysharmonie psychotique voit les symptômes psychotiques apparaître à partir de l'âge de 3 ou 4 ans. La symptomatologie est variée et elle se modifie au cours de l'évolution. On rencontre parmi les symptômes : des manifestations somatiques ou comportementales (instabilité, inhibitions sévères) ; des manifestations névrotiques (symptômes hystériques, obsessionnels, phobiques) ; des dysharmonies cognitives (troubles dans l'émergence du langage et de la psychomotricité sans que le déficit intellectuel mesuré aux tests occupe une place centrale), avec de fréquents échecs de scolarisation (difficultés d'apprentissage, phobies scolaires).

On retrouve les symptômes de la série psychotique : menace de rupture avec le réel ; mauvaise organisation du sentiment d'identité et des rapports avec la réalité ; crudité des affects et des représentations qui envahissent la pensée ; attaques de panique ou angoisses majeures de persécution, de néantisation, de séparation ; angoisses dépressives massives ; profonde dépendance infantile.

Tous les symptômes ne sont pas présents en même temps. Une partie de la personnalité reste adaptée à la réalité. Les capacités d'adaptation et de contrôle assurent souvent une protection contre les risques de détérioration et de désorganisation. Ainsi, les modes d'expression pathologique peuvent être limités à certains domaines, ou ne se manifester ouvertement que dans certaines phases évolutives. Cette adaptation implique néanmoins des restrictions notables dans les relations, les communications, les échanges avec autrui.

Le tableau de la dysharmonie psychotique est parfois difficile à différencier de celui de la psychose symbiotique, de l'état limite ou borderline, ou de la dysharmonie évolutive (qui est aussi une forme d'état limite).

3. Les pathologies limites

3.1. Caractéristiques générales

Comme chez l'adulte, les pathologies limites de l'enfant et de l'adolescent regroupent des symptômes très variés. On retrouve, comme caractéristiques générales, une grande dépendance, une quête permanente d'étayage, une relation anaclitique marquée par l'avidité, l'incapacité de supporter la solitude.

L'attachement est insécure (au sens des théories de l'attachement [Ainsworth *et al.*, 1978]), l'angoisse permanente. Cette insécurité intérieure est responsable d'une incapacité de se séparer, de lâcher l'objet, même si celui-ci est insatisfaisant.

Le sujet est habité par un sentiment de vide, d'ennui permanent, d'insatisfaction permanente, ainsi qu'un sentiment d'inutilité, de non-valeur, avec une absence d'amour de soi, une forte dévalorisation de soi.

Les perturbations de l'identité sont fréquentes, avec une incertitude dans l'image de soi, dans l'identité sexuelle.

Le comportement est dominé par l'impulsivité, avec des accès intenses de colère inappropriée, un manque de contrôle des émotions qui sont explosives, des crises de rage soudaines et imprévisibles.

On observe une instabilité affective, avec des changements marqués d'humeur (dépression, irritabilité, anxiété, etc.), ainsi qu'une instabilité dans les relations, les communications.

Le sujet manifeste un important besoin de l'objet et, dans le même temps, une peur de la proximité. Toute demande d'aide s'accompagne dans le même temps d'un refus de l'aide. La demande de relation est pressante et sa mise en échec immédiate.

Le sujet souffre d'une incapacité de réparer ses propres blessures comme celles infligées à l'objet, ce qui produit une importante détresse, ou bien des mouvements de réparation maniaque, magique.

Les conflits d'identification les plus évolués, les contextes œdipiens sont systématiquement contournés, au profit de conflictualités narcissiques.

La violence est fréquente : mises en danger, accidents à répétition, automutilations.

Le sujet affiche toute-puissance, mépris, arrogance dans ses relations aux objets. Il instaure et entretient des relations d'objet tyranniques (Ciccone *et al.*, 2003).

On observe fréquemment des réactions de prestance, des affirmations mégalomaniaques, avec une ambition héroïque de bien faire

pour conserver l'amour de l'objet. C'est toujours l'amour de l'objet qui compte, plus que l'objet lui-même.

Les angoisses qui harcèlent le sujet sont des angoisses d'abandon, de séparation, de perte, qui produisent un désespoir majeur.

Les défenses utilisées pour se protéger de ses angoisses sont essentiellement le déni (de la dépendance, de l'agressivité, etc.), le clivage et l'idéalisation, la projection et l'identification projective, la réparation maniaque toute-puissante, décrite plus haut, avec maîtrise des affects.

On observe par ailleurs, dans les pathologies limites, des troubles de la symbolisation, voire des dysharmonies cognitives : utilisation de pensées-choses (les pensées sont comme des objets matériels expulsés au-dehors) ; dissociations dans le discours (ruptures, passages brusques d'un discours raisonnable à un discours projectif, interprétatif, quasi délirant, du fait d'une hypersensibilité aux réactions de l'interlocuteur) ; pensées magiques (animisme ; croyance à la télépathie, etc.).

3.2. Les différents aspects de la personnalité limite

Le diagnostic souvent donné pour les pathologies limites de l'enfant est celui de « dysharmonie évolutive ». Ce terme est souvent appliqué lorsque le clinicien n'est pas sûr de la psychose, et qu'il constate un développement dysharmonique, une immaturité, une dépression sous-jacente, des difficultés de séparation, et une dysharmonie cognitive souvent associée.

Comme chez l'adulte, l'état limite, borderline a, chez l'enfant, des aspects divers. On peut opter pour un point de vue théorique qui consiste à regrouper la psychopathologie, comme a pu le faire Roger Misès (1990), par exemple, qui a développé la notion de dysharmonie évolutive puis de borderline dans la psychopathologie de l'enfant. On peut alors décliner les pathologies limites suivant différents aspects de la personnalité, tels que ceux décrits dans le DSM-IV, par exemple.

- On peut ainsi décrire une personnalité *schizoïde*, *schizotypique*, caractérisée par une froideur, une réserve distante, une insensibilité aux éloges, à la critique, aux sentiments d'autrui ou bien, au contraire, une hypersensibilité à la critique, un fonctionnement magique de la pensée.
- La personnalité *histrionique* est caractérisée par des comportements dramatisés, des tentatives incessantes pour attirer l'attention, une réactivité excessive à des événements mineurs, des accès irrationnels de colère, un égocentrisme vaniteux, une dépendance et une quête incessante de réassurance, des manipulations et des mensonges.

- La personnalité *narcissique* a, quant à elle, comme caractéristiques principales un sentiment grandiose de soi, une recherche constante d'attention et d'admiration, une indifférence froide devant la critique ou l'indifférence d'autrui ou alors devant l'échec ; ou bien, au contraire, des sentiments exagérés de colère, d'infériorité, de honte, d'humiliation. Le sujet est animé d'un sentiment d'« avoir droit », d'attentes de faveurs spéciales, avec exploitation des relations pour satisfaire ses propres désirs et se faire valoir, affichant un dédain pour les autres et manquant d'empathie. Ses relations aux objets oscillent entre les positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation d'autrui.
- La personnalité *évitante* est caractérisée par une hypersensibilité au rejet (des événements anodins sont par exemple interprétés comme signes de moqueries), une réticence à se lier aux autres, une crainte de la critique, un évitement de tout attachement.
- La personnalité *antisociale*, enfin, a comme traits caractéristiques la délinquance, la violation répétée des règles, les mensonges, les fugues, les abus de substances toxiques, l'instabilité, l'imprévisibilité, l'impulsivité, la discontinuité des relations.

Il est possible d'observer chez le sujet limite des « aménagements » du fonctionnement psychique (tels que Jean Bergeret [1985] a pu en décrire, par exemple). Ces aménagements donnent à la personnalité du sujet, de l'enfant ou de l'adolescent, des formes plutôt névrotiques, ou plutôt psychotiques (avec mauvaise appréciation de la réalité, mais sans coupure d'avec la réalité), ou plutôt perverses (avec d'impérieux besoins narcissiques, des actes de perversion narcissique, des sentiments de honte plus que de culpabilité), ou plutôt psychopathiques (avec une culture de l'agir, des violences).

Il faut souligner que ces différents symptômes sont, dans leur majeure partie et à un degré mineur, « normaux » chez l'enfant et l'adolescent, et peuvent se manifester dans des personnalités à caractère particulier, dans des contextes particuliers, ou des phases particulières du développement et de la maturation. Dans un tableau psychopathologique limite, ils seront bien entendu exagérés.

4. Les névroses

4.1. Caractéristiques générales

Dans les contextes névrotiques de l'enfant, de l'adolescent comme de l'adulte, les distorsions apportées à la mise à l'épreuve de la réalité restent limitées à certains domaines : il n'y a pas menace de rupture ni

véritable perte de contact avec le réel. La réalité est repérée, construite ; il n'y a pas de confusion entre le dedans et le dehors, le soi et l'autre.

La souffrance psychique – particulièrement l'angoisse – occupe une place centrale, même si certains mécanismes limitent son expression directe. L'enfant éprouve l'angoisse, la traite au-dedans (sans déni, ni projection, etc.), et les symptômes sont le témoin du traitement interne de l'angoisse, de la conflictualité, et, dans le même temps, le témoin de ce qui de l'angoisse et de la conflictualité n'a pu être dépassé, métabolisé, et fait retour par le symptôme.

Les capacités d'individuation et d'autonomie de l'enfant sont développées, même si les relations avec les objets, l'entourage, sont sous le signe de la contrainte et de la dépendance. L'enfant tend à répéter, par ailleurs, dans un environnement nouveau, les conduites et les conflits développés initialement dans le milieu familial (cela est toujours vrai, mais la « névrose de transfert » est plus évidente, dans la mesure où l'enfant a intériorisé le conflit, et va chaque fois le traiter dans des expériences et sur des scènes nouvelles).

Les angoisses névrotiques sont essentiellement des angoisses de castration. Celles-ci peuvent prendre la forme d'une angoisse de perdre la toute-puissance phallique : angoisse de ne pas être le tout de l'autre, de perdre la relation exclusive à l'objet ; angoisse due à la rivalité, la jalousie, le partage de l'objet. Les angoisses peuvent aussi prendre la forme d'angoisses de rétorsion par rapport à des transgressions, des désirs interdits : angoisse d'être puni devant un désir coupable, le désir coupable étant en particulier un désir de relation exclusive avec l'objet, de relation sexuelle (au sens de la sexualité infantile, des fantasmes sexuels de l'enfant). Les angoisses névrotiques peuvent, enfin, prendre la forme d'angoisses quant à l'ambivalence, le désir libidinal étant associé à un sentiment de haine envers l'objet.

Le contexte névrotique est donc celui de la situation œdipienne et ses aléas, ses vicissitudes. Le sentiment ou l'affect qui persécute le sujet est la culpabilité. Les symptômes sont des aménagements qui gèrent l'angoisse et traitent la culpabilité.

La principale défense à laquelle a recours le sujet est le refoulement, tel que décrit dans le chapitre précédent (et ses variantes : dénégation, isolation, déplacement, condensation).

4.2. Troubles névrotiques à dominante anxieuse

Les troubles névrotiques à dominante anxieuse correspondent à la névrose d'angoisse de l'adulte. L'expression symptomatique se fait

essentiellement sur le mode de l'angoisse : angoisse aiguë ou anxiété diffuse ; angoisse chronique ou intermittente.

4.3. Troubles névrotiques à dominante hystérique

Tout comme chez l'adulte, l'hystérie chez l'enfant ou l'adolescent revêt trois types de forme.

- Une première forme est caractérisée par le théâtralisme, la mise en scène et le faire-valoir, la mythomanie, comportements et modalités relationnelles qui, chez le sujet, sont souvent associés à une hypersensibilité à l'appréciation et au jugement d'autrui, à une grande dépendance et quête affective, à une propension à la dépression.
- Une deuxième allure de l'hystérie correspond à des scotomisations importantes de certains secteurs de la perception, de la cognition ou de la mémoire, secteurs toujours significativement liés aux aléas de la conflictualité chez l'enfant (ces manifestations sont classiquement regroupées sous les termes de « rétrécissement du champ de conscience »).
- La troisième forme, enfin, que peuvent prendre les troubles hystériques correspond à la présence de symptômes de conversion, qui peuvent concerner la motricité (paralysies, etc.), la sensorialité (troubles auditifs, visuels, etc.), le fonctionnement neurophysiologique (convulsions, etc.), et autres, et qui s'accompagnent souvent de la classique « belle indifférence » de l'hystérique.

4.4. Troubles névrotiques à dominante obsessionnelle

Les troubles névrotiques voire la névrose obsessionnelle chez l'enfant ou l'adolescent, comme chez l'adulte, regroupent des traits de caractère dits anaux (ordre, entêtement, avarice, goût des collections, etc.) et des formations réactionnelles au désir anal (manie de la propreté, scrupulosité, pitié, obséquiosité, etc.). On observe par ailleurs, comme effets de ces traits de caractères anaux et de ces formations réactionnelles, soit des symptômes dominés par l'activité compulsionnelle (idées obsédantes, rituels conjuratoires, gestes conjuratoires, tics, ruminations mentales, etc.), soit des comportements et modalités relationnelles dominés par l'hésitation, le doute (impossibilité d'affirmer un choix ou une décision, besoin de vérification permanente, ambivalence irréductible, alternance de collage et de rejet des objets investis, etc.).

4.5. Troubles névrotiques à dominante phobique

Les troubles phobiques ou la névrose phobique sont caractérisés par des crises d'angoisse – voire des attaques de panique – et des com-

portements de fuite devant un élément phobogène. L'objet ou la situation phobogène est toujours représentatif, directement ou le plus souvent par déplacement ou substitution, d'un aspect particulièrement excitant de la conflictualité chez l'enfant.

5. Troubles du développement et des fonctions instrumentales

Les troubles du développement et des fonctions instrumentales regroupent des symptômes isolés, qui constituent le motif de consultation. Ils sont souvent présentés comme seule source de souffrance, peuvent bien entendu être intégrés aux tableaux précédents, mais peuvent aussi être traités sans qu'un contexte psychopathologique puisse clairement être défini.

5.1. Troubles du langage et de la parole

Les troubles du langage et de la parole concernent les retards de langage ou de parole, la dysphasie, le mutisme, le bégaiement.

- Le *retard simple de langage* porte sur les composantes syntaxiques et linguistiques du langage, sans autre trouble. Les étapes du développement du langage sont retardées (pas de mots avant 2 ans, pas de phrases à 3 ans, etc.), mais la compréhension est bonne ou peu perturbée.
- Le *retard de parole*, quant à lui, porte sur l'articulation et l'ensemble de l'organisation phonétique (confusion et substitution de phonèmes voisins, omission de syllabes, persistance du « parler bébé », etc.). Mais les autres aspects du langage (vocabulaire, syntaxe) sont dans les limites du normal. Ce retard est souvent associé à des signes d'immaturité affective, tels que la persistance d'habitudes orales du premier âge (suçage du pouce, de la langue, etc.).
- Le diagnostic de *dysphasie* est donné devant un trouble de l'acquisition de la structure du langage, sans autres troubles majeurs. À 6 ou 7 ans, le langage est encore sommaire, le vocabulaire rudimentaire, difficilement compréhensible, avec d'importantes erreurs phonétiques, syntaxiques. Des troubles de la compréhension sont souvent associés. Des dyspraxies buccofaciales contribuent parfois aux troubles articulatoires.
- Le *mutisme* est aussi un motif possible de consultation. Celui-ci peut être total, ou sélectif. Le mutisme total fait souvent suite à un événement à valeur traumatique ou à forte charge émotionnelle (deuil, séparation, agression, etc.). Le mutisme sélectif (qui ne se

manifeste que dans certaines conditions ou vis-à-vis de certaines personnes) est le plus souvent extrafamilial (l'enfant reste mutique et fortement inhibé dans le milieu scolaire, par exemple).

- Le *bégaiement*, enfin, est un trouble de la parole relativement fréquent. On distingue le bégaiement tonique, dans lequel le débit des phrases est interrompu ou leur production empêchée, et le bégaiement clonique dans lequel une syllabe au début d'un mot ou d'une phrase est répétée de façon saccadée. Les deux formes coexistent souvent.

5.2. Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs concernent des altérations des modalités d'apprentissage, observées dès les premières étapes du développement, sans retard mental ni atteinte cérébrale.

- Les *troubles lexicographiques* ou *dyslexies* touchent l'acquisition de la lecture et de l'orthographe, avec des confusions de graphèmes (notamment lorsque la correspondance phonétique ou la forme graphique est proche), des inversions, additions ou substitutions de graphèmes, des difficultés à saisir le découpage et le rythme d'une phrase, des altérations de la compréhension. On retrouve fréquemment des antécédents de troubles de la parole ou du langage. La dyslexie ne peut s'affirmer avant l'âge de 6 ou 7 ans, et elle toucherait 5 à 15 % des enfants.
- Les *troubles de l'arithmétique* ou *dyscalculie* concernent spécifiquement l'acquisition de l'arithmétique : altérations de la maîtrise des éléments de base du calcul (addition, soustraction, multiplication, division).
- Les *troubles du raisonnement* ou *dysharmonies cognitives* – particulièrement décrits par Bernard Gibello (1976, 1984, 1985) – concernent des perturbations de la pensée et du raisonnement dans lesquelles l'efficience intellectuelle peut être bonne voire élevée, et qui entraînent des difficultés d'apprentissage, un échec scolaire.

5.3. Troubles psychomoteurs

Les troubles psychomoteurs représentent des perturbations fréquentes du développement et des fonctions instrumentales. Ils concernent les retards de développement psychomoteur, les maladresses et dyspraxies, les troubles de l'organisation perceptivomotrice, les troubles de l'organisation spatiotemporelle, les troubles de la latérisation, les troubles de l'image du corps, etc.

6. Troubles des conduites et des comportements

Sont répertoriés dans les troubles des conduites et des comportements des troubles à dominante comportementale qui constituent des syndromes suffisamment individualisés, mais qui s'intègrent presque toujours dans les catégories précédentes concernant les troubles psychotiques, limites ou névrotiques.

Soulignons – comme cela sera fait à nouveau dans la rubrique suivante consacrée aux troubles à expression somatique – que le comportement est, chez l'enfant et chez le bébé, mais aussi chez l'adolescent, une voie ordinaire d'expression des perturbations et conflits auxquels confronte le développement. La nature psychopathologique de ces manifestations est tributaire de leur intensité, de leur durée et de leur fréquence.

6.1. Hyperkinésie

L'hyperkinésie associe instabilité, hyperactivité, agitation motrice incessante, difficulté à fixer l'attention, manque de constance, d'organisation et de coordination dans les activités (surtout cognitives), impulsivité. Les fonctions cognitives sont souvent altérées, avec retard du développement de la motricité et du langage. L'enfant présente souvent une fragilité narcissique importante, le conduisant à éviter toute situation potentiellement productrice d'échec.

Notons que l'hyperkinésie fait l'objet, comme cela a pu être le cas pour l'autisme, de débats passionnés concernant notamment l'étiologie, avec comme enjeu, en particulier, l'administration de traitements chimiothérapiques (Ritaline®) – voir Berger, 2005.

6.2. Troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires concernent essentiellement l'anorexie, la boulimie, le mérycisme, la potomanie.

6.2.1. Anorexie

L'anorexie touche l'adolescent (beaucoup plus fréquemment l'adolescente) mais aussi l'enfant et le nourrisson. Chez l'adolescente, l'anorexie s'accompagne d'angoisses concernant les formes du corps (peur irraisonnée de grossir, etc.), d'hyperactivité intellectuelle et/ou physique, de désintérêt pour la sexualité. On observe également une aménorrhée, comme effet de la dénutrition. L'anorexie peut être associée à la boulimie.

L'anorexie chez l'adolescente témoigne d'un conflit qui concerne non pas l'alimentation, mais le corps. Celui-ci est refusé, notamment

dans sa dimension sexuelle, et est maltraité. L'adolescente anorexique se trouve dans l'impossibilité d'assumer la génitalité, et on peut dire que l'alimentation est sexuellement investie.

L'anorexie mentale du nourrisson ou du jeune enfant est bien connue (Kreisler, 1995). Elle touche souvent des bébés éveillés, vigiles, très en contact par le regard. Les refus de nourriture peuvent être nuancés ou catégoriques, bruyants ou silencieux. L'enfant peut aussi manifester un appétit varié et sélectif selon le moment, le lieu, la personne, l'aliment. L'anorexie présente de multiples variations, mais contient fréquemment une constante, avec une situation couplée : du côté de l'enfant, le refus ; du côté de l'entourage, la contrainte.

L'anorexie s'installe fréquemment à la fin du premier trimestre et surtout au cours du deuxième semestre de vie. Les causes déclenchantes sont diverses : événement traumatique, épisode infectieux, vaccination, déménagement, etc. Le plus souvent, l'occasion est donnée par une des multiples circonstances qui entourent le sevrage ou l'ablactation. L'incident mineur a des conséquences démesurées. Si le refus initial était souvent légitime, les parents en ont parfois méconnu le bien-fondé et ont voulu à tout prix forcer l'enfant à terminer son repas. Le refus s'est renouvelé et, si l'opposition persiste, au fil des semaines, des mois, voire des années, l'anorexie peut s'installer et s'organiser dans d'autres registres, dans la famille puis à l'extérieur. D'autres troubles peuvent s'y associer, comme l'insomnie, les crises de rage. La boulimie peut aussi se subsister à l'anorexie. Dans tous les cas, l'enfant règne en tyran sur la famille.

L'anorexie est un symptôme qui ne correspond pas étroitement à ce qui se passe entre les parents et l'enfant à propos des repas et de la nourriture, mais qui résulte de toutes les interactions dans les autres domaines, et ce dès le début de l'allaitement. D'autres troubles alimentaires sont connexes à l'anorexie ou lui font suite : persistance de la déglutition de type infantile, à l'origine de déformations dentaires par difficulté d'adaptation aux aliments solides refusés ou gardés interminablement dans la bouche ; sélection alimentaire restrictive ; refus de mâcher ; etc.

Signalons l'anorexie précoce du bébé, souvent présente dans les contextes d'autisme et de psychose précoce.

6.2.2. Boulimie

La boulimie définit des accès d'hyperphagie qui alternent fréquemment, chez l'adolescent, avec des vomissements provoqués, du fait des préoccupations quant au poids et aux formes corporelles. Elle peut conduire à l'obésité.

6.2.3. Autres troubles

- Le *mérycisme* décrit, chez le bébé à partir de 3 ou 4 mois, les comportements de régurgitation volontaire et de rumination, suivis parfois de réengloutissement de la nourriture mais souvent de rejet des bols alimentaires. Le mérycisme peut provoquer de graves dénutritions. Il s'observe souvent dans des contextes de carence affective.
- La *potomanie* répond au besoin impérieux d'ingérer de grandes quantités d'eau. Elle accompagne souvent l'anorexie ou la boulimie.
- D'autres troubles des conduites alimentaires, tels le *pica* (ingestion de substances non comestibles) et la *coprophagie* (goût pour les matières fécales), sont rares et ne se rencontrent que dans des contextes d'autisme et de psychose.

6.3. Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil rassemblent troubles du coucher et de l'endormissement, cauchemars, rêves d'angoisse et terreurs nocturnes, insomnie et hypersomnie, somnambulisme, rythmies du sommeil.

6.3.1. Troubles du coucher et de l'endormissement

Par le coucher et l'endormissement, l'enfant quitte la vie éveillée, désinvestit le monde extérieur, la relation avec l'entourage, pour rejoindre le sommeil et la vie onirique. Se laisser aller au sommeil suppose ainsi que l'enfant ne soit pas envahi par des angoisses de séparation, ni par des peurs liées à sa vie onirique, des craintes de retrouver des rêves terrifiants. D'autres circonstances peuvent perturber ce passage, par exemple le sentiment chez l'enfant d'être exclu de la vie des adultes, ou bien l'impression d'être l'objet passif et impuissant d'une contrainte imposée qui échappe à son pouvoir et à son contrôle.

L'opposition au coucher s'observe surtout entre 2 et 3 ans. Il s'agit souvent d'enfants hyperactifs et volontaires, qui luttent contre la passivité du coucher et de l'endormissement.

Entre 2 ans et 5 ou 6 ans, on observe souvent des rituels du coucher. Ceux-ci n'ont pas de signification pathologique, à condition de ne pas trop persister au-delà de 6 ou 7 ans. Les comportements ritualisés sont caractéristiques par leur inutilité apparente et leur répétition identique chaque soir. Ils traduisent le besoin de l'enfant de s'assurer de la permanence de la continuité de son environnement au moment où il est obligé de le désinvestir. Ils ont aussi la signification de rites conjuratoires contre les attaques fantasmatiques que l'enfant

dirige pendant ses rêves contre les personnages de son entourage. L'enfant vérifie que son entourage ne s'est pas modifié, n'a pas été détruit, n'a pas été contaminé par les pensées qu'il développe pendant ses rêves.

Très souvent, à partir de la troisième année, les enfants ont des symptômes phobiques au moment du coucher : besoin d'être accompagnés, peur du noir, etc. Dans certains cas, ces manifestations phobiques prennent un caractère plus bruyant, avec des crises de panique. Cette phobie du sommeil fait suite, en général, à une série de terreurs nocturnes ou de rêves d'angoisse. Tout se passe alors comme si l'enfant craignait, en se laissant aller au sommeil, de retrouver les images angoissantes de ses rêves.

6.3.2. Insomnie vraie chez l'enfant

L'insomnie vraie chez l'enfant s'observe dans trois circonstances : l'insomnie d'endormissement, l'insomnie anxieuse, l'insomnie joyeuse (Houzel, 1995b).

Insomnie d'endormissement

L'insomnie d'endormissement est liée soit à une opposition au coucher, soit à une phobie du sommeil. Dans les deux cas, l'endormissement s'étale sur plusieurs heures et se fait plus par épuisement que par plaisir. La phobie du sommeil, l'angoisse devant l'idée de dormir correspond presque toujours à une composante anxieuse chez l'un ou l'autre des parents. L'enfant peut aussi refuser de s'endormir par crainte que, pendant son sommeil, il n'arrive une catastrophe à son entourage. L'enfant imagine que ses parents sont menacés d'un danger (de disparaître, de mourir, de se déprimer), ou que lui-même est menacé d'abandon, et il refuse de dormir pour pouvoir vérifier que rien de terrifiant n'arrive, et pour tenir éveillés ses parents. L'opposition de l'enfant au coucher est aussi souvent le témoin d'un trouble conjugal (l'enfant qui ne dort pas empêchant les parents d'être seuls).

Insomnie anxieuse

L'insomnie anxieuse est réalisée par la répétition au cours de la nuit de terreurs nocturnes, de rêve d'angoisse ou d'éveil anxieux. Le temps de sommeil peut de ce fait être considérablement réduit et l'enfant manquer chroniquement de sommeil.

Insomnie joyeuse

L'insomnie joyeuse est une insomnie qui se manifeste, quant à elle, par une agitation joyeuse et tapageuse de l'enfant très gênante pour

l'entourage. L'éveil est très souvent prolongé jusqu'à plusieurs heures par nuit. L'enfant ne manifeste aucun signe d'anxiété, il s'adonne à diverses activités (jeux, chants, rires bruyants, etc.). Ce type d'insomnie s'observe souvent chez de jeunes enfants dans un climat de dépression familiale. L'enfant tient éveillés ses parents afin qu'ils ne tombent pas dans le sommeil ou dans la dépression. De même, pour ne pas sombrer lui-même dans la dépression, il récupère bruyamment le contact avec le monde extérieur, déniant et annulant ainsi la rupture et la perte dues à l'endormissement.

6.3.3. Insomnie précoce sévère

L'insomnie précoce sévère chez le bébé est un signe toujours inquiétant. Il peut s'agir d'une insomnie agitée avec hurlements, pleurs souvent accompagnés de balancements et de mouvements autoagressifs, ou bien d'une insomnie calme, le bébé restant silencieux, les yeux grands ouverts, ne manifestant et ne demandant rien. On retrouve fréquemment ce type d'insomnie calme au cours du premier développement des enfants autistes ou psychotiques précoces.

6.3.4. Rythmies du sommeil

Les rythmies du sommeil désignent des mouvements rythmés qui surviennent pendant le sommeil et surtout au moment de l'endormissement. La plus fréquente est la succion du pouce ou encore la succion d'un coin de drap, de couverture, etc. Plus spectaculaire est le balancement rythmique de la tête, voire de tout le tronc. Cette manifestation paraît très nettement liée à des expériences de carence affective dans la petite enfance. Tout se passe comme si, par ces mouvements rythmés, l'enfant réussissait à se bercer lui-même pour s'endormir ou pour maintenir la continuité de son sommeil. Le plus souvent, ces rythmies du sommeil disparaissent à la puberté lorsque s'instaure une activité masturbatoire. Parfois, elles ne disparaissent que beaucoup plus tard lorsque s'installe une activité sexuelle. Quant aux rythmies du sommeil des enfants autistes et psychotiques, elles s'accompagnent souvent d'autoagressions (l'enfant se balance et se cogne la tête contre le bois de lit, par exemple).

6.3.5. Autres troubles

- *L'hypersomnie* est rare chez l'enfant.
- *Le somnambulisme* est plus fréquent.

(Je reviendrai dans le chapitre suivant sur les troubles du sommeil de l'enfant et du jeune enfant.)

6.4. Troubles du contrôle sphinctérien

L'*énurésie* et l'*encoprésie* (primaires ou secondaires si elles surviennent après une phase d'acquisition du contrôle sphinctérien) sont considérées comme anormales au-delà de 3 ou 4 ans. L'énurésie est le plus fréquemment nocturne et l'encoprésie diurne. Elles sont souvent le résultat de dysfonctionnements éducatifs : prématurité des apprentissages, contrainte coercitive, préoccupation excessive ou, au contraire, négligence.

Trois dimensions sont à explorer devant ces troubles : l'enjeu d'attaques agressives contre l'entourage, la recherche de plaisir érotique (anal, urétral), le désir de régression.

6.5. Troubles des conduites sociales

On peut classer parmi les troubles du développement et des conduites les troubles concernant les conduites sociales : antisocialité, délinquance, violence, errance, toxicomanie et autres conduites à risques.

Ces manifestations sont toujours caractérisées par une destructivité et une autodestructivité majeures, dans un contexte d'échec premier et fondamental dans l'établissement de relations fiables, sécures et satisfaisantes, et avec un enjeu de lutte impérieuse contre un éprouvé essentiel de désespoir profond. Ces troubles s'inscrivent majoritairement dans des tableaux de pathologies limites.

6.6. Troubles de l'identité et des conduites sexuelles

Les troubles de l'identité sexuelle et des conduites sexuelles concernent davantage l'adolescence. Ils peuvent prendre la forme d'incertitudes quant à l'orientation sexuelle (homosexualité, hétérosexualité, bisexualité), responsables de souffrances avec culpabilité, dépression. Ils peuvent conduire au transsexualisme, au travestisme ou à des conduites sexuelles particulières : fétichisme, exhibitionnisme, sadomasochisme et autres.

6.7. Autres troubles

On peut signaler, enfin, un certain nombre d'autres conduites qui peuvent témoigner d'une souffrance et amener l'enfant à consulter. Il s'agit en particulier de mouvements irrépressibles qui s'imposent au sujet, tels que l'exécution de tics, la trichotillomanie (besoin de se tortiller, se tirer ou s'arracher les cheveux parfois jusqu'à l'apparition de plaques de pelade, accompagné dans certains cas d'un besoin de les

ingérer), l'onychophagie (rongement des ongles) et autres habitudes. Les mouvements obsessionnels compulsifs font partie du tableau de la névrose obsessionnelle, et les stéréotypies caractérisent l'autisme. Un certain nombre de comportements répétitifs, plus ou moins discrets et toujours de nature rythmique, sont exécutés pour leur effet berçant, apaisant, et constituent ce que les psychosomaticiens appellent des « procédés autocalmants » (Smadja, 1993 ; Szwec, 1993).

7. Troubles à expression somatique

Précisons tout d'abord que, chez l'enfant, et d'une manière encore plus évidente chez le bébé, toutes les difficultés rencontrées dans l'expérience de vie et dans les aléas du développement s'expriment logiquement par la voie somatique (ou comportementale). Le caractère psychopathologique tient à la durée, la répétitivité, l'exclusivité, l'intensité de l'expression somatique.

En France, Léon Kreisler et ses collaborateurs, par exemple, se sont particulièrement intéressés à la psychosomatique de l'enfant (Kreisler *et al.*, 1974 ; Kreisler, 1981, 1987).

7.1. Affections psychosomatiques

Il s'agit de maladies somatiques à fort déterminisme psychique. Les affections psychosomatiques les plus courantes chez l'enfant sont l'asthme, l'eczéma, le psoriasis. On peut signaler également la pelade, la rectocolite.

L'asthme est, avec l'eczéma, la maladie la plus fréquente parmi les maladies psychosomatiques. Ces affections touchent souvent des enfants qui présentent une grande vulnérabilité affective et émotionnelle, une intolérance vis-à-vis des situations conflictuelles. L'angoisse que déclenchent chez l'enfant et dans la famille les crises d'asthme, avec le vécu d'étouffement et les images de mort possible, est un facteur aggravant.

7.2. Troubles psychofonctionnels

Les troubles psychofonctionnels sont aussi psychosomatiques. Il s'agit de manifestations fonctionnelles sans lésions tissulaires.

- Les *spasmes du sanglot* sont des troubles psychofonctionnels fréquents de la petite enfance. Ils sont déclenchés en général par une frustration, une contrariété. Ils touchent souvent des enfants omnipotents, intolérants à la frustration, coléreux, ou bien au contraire inhibés, impressionnables, anxieux, phobiques, craintifs.

- Les *migraines*, céphalées et douleurs diverses sont également effets de troubles psychofonctionnels psychosomatiques.
- La *colite des trois premiers mois* est très fréquente. Elle affecte souvent des bébés éveillés, vivaces, attentifs, au contact facile, et réagissant intensément aux stimulations (les bébés insomniaques et anorexiques présentent les mêmes caractéristiques). Elle provoque des hurlements chez le bébé, peu de temps après le repas, et jusqu'au repas suivant. Elle n'est accompagnée, en général, d'aucune anomalie organique. Le bébé est inconsolable et l'entourage mis à rude épreuve. En général, les crises sont sélectives, réservées au milieu familial. On observe parfois un contexte environnemental surexcitant : climat bruyant et agité ; humeur ambiante irrégulière avec explosions soudaines de colère ; beaucoup de personnes autour du bébé qui se le disputent, se le passent de main en main, etc. Des sollicitations fortes, nombreuses, contradictoires nuisent ainsi à la quiétude de l'enfant, lequel répond par un tel malaise physique. Mais ce type de contexte n'est pas systématique.
- Des *douleurs abdominales psychogènes* apparaissent fréquemment vers la troisième année, puis à la préadolescence. Elles sont liées aux situations conflictuelles : phobie scolaire (qui est une phobie de la séparation plus que de l'école), phobie alimentaire, etc. Elles sont le signe d'une grande anxiété.

Signalons, enfin, les crampes, torticolis, hoquets, vomissements, dysménorrhées et autres manifestations psychogènes.

7.3. Troubles hypocondriaques

Les plaintes somatiques persistantes, les préoccupations excessives concernant la normalité physique, les peurs exagérées d'un ou de plusieurs troubles somatiques définissent des troubles hypocondriaques. Dans ces contextes, des sensations et signes physiques normaux ou anodins sont souvent interprétés (par le sujet et par l'entourage) comme anormaux et inquiétants. On retrouve fréquemment une culture familiale de peurs hypocondriaques ou un contexte de réelles maladies somatiques traumatiques dans l'entourage.

8. Déficiences mentales

Les déficiences mentales et le niveau de déficience sont évalués à partir de tests psychométriques. Il est toutefois essentiel de toujours mettre en correspondance les données psychométriques avec la symptomatologie clinique, afin d'éviter des conclusions hâtives et abusives concernant l'intelligence d'un enfant.

La Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1992) propose l'échelle suivante des niveaux de déficience : l'intelligence est considérée comme normale à partir d'un quotient intellectuel (QI) de 80 ; elle est dite limite pour un QI entre 70 et 79 ; la déficience est légère si le QI se situe entre 50 et 69 ; elle est moyenne pour un QI entre 35 et 49 ; sévère pour un QI entre 20 et 34 ; et profonde si le QI est inférieur à 20.

Par ailleurs, la déficience intellectuelle peut être harmonique, homogène ; les divers troubles associés sont alors rattachables au déficit de l'intelligence. Elle peut être dysharmonique ; dans ce cas, les divers troubles associés (de la personnalité, des fonctions instrumentales) débordent les effets du seul déficit intellectuel. Roger Misès (1975), par exemple, avait distingué les déficiences dysharmoniques à versant psychotique et les déficiences dysharmoniques à versant névrotique. Puis il souligna la manière dont la structuration déficitaire contient, avec l'échec de l'élaboration de la position dépressive – que nous avons décrite dans le chapitre précédent –, toutes les composantes spécifiques aux fonctionnements limites quant aux atteintes des processus de pensée, certaines des organisations limites évoluant vers une déficience notable qui dominera le tableau psychopathologique (Misès, 1990).

Est isolée, enfin, la déficience avec polyhandicap moteur et/ou sensoriel. Elle concerne des pathologies encéphalopathiques, où le déficit intellectuel est l'effet de troubles neurologiques sévères à expression motrice et/ou sensorielle et accompagnés souvent d'une comitialité. Le handicap est très grave, à expression multiple, et associe donc déficience mentale sévère ou profonde et déficience motrice, sensorielle, entraînant une limitation extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression, de relation.

9. Handicaps

Les handicaps (constitutionnels ou qui affectent le corps) auxquels peut avoir affaire le clinicien sont de deux ordres :

- le *handicap mental*, souvent associé à des problèmes génétiques ou chromosomiques (par exemple la trisomie 21, anomalie chromosomique la plus connue), ou à des atteintes cérébrales suite à un accident périnatal (souffrance cérébrale dans les contextes, par exemple, de prématurité, dysmaturité, etc.) ;
- le *handicap sensoriel* et/ou *moteur*, avec ou sans handicap mental associé, conséquence de malformations, de problèmes génétiques, chromosomiques, infectieux, toxiques, d'accidents périnataux avec souffrance cérébrale (par exemple l'infirmité motrice cérébrale [IMC], l'un des handicaps les plus fréquents).

10. Signes de détresse psychique chez le bébé

Je reprendrai ici la sémiologie établie ailleurs, avec mon collègue Marc Lhopital (Ciccone et Lhopital, 2001). Les signes témoignant d'une détresse psychique chez le bébé peuvent être regroupés en trois séries de symptômes (comme le fait André Carel [1981]) : la première pour les troubles des grandes fonctions vitales ; la deuxième pour les troubles de la mentalisation et des organisateurs psychiques ; la troisième, enfin, pour les troubles plus spécifiquement autistiques ou psychotiques. Je développerai davantage la troisième série. Un certain nombre de ces symptômes ont déjà été signalés, car ils concernent tout autant le nourrisson que l'enfant ou l'adolescent.

10.1. Troubles des grandes fonctions vitales

La première série de symptômes intéresse les grandes fonctions vitales : le sommeil, la vigilance, l'alimentation, la tonicomotricité, la psychomotricité. Ces fonctions peuvent être désorganisées ou non organisées. Leurs troubles sont communs à toutes les détresses psychiques et ont valeur de symptôme d'alerte.

10.2. Troubles de la mentalisation et des organisateurs psychiques

Un deuxième groupe de symptômes concerne la qualité de la mentalisation et des organisateurs psychiques :
- sourire absent même après 3 mois ;
- angoisse phobique à l'étranger exagérée ou absente même après 12 mois ;
- absence de reconnaissance de l'image spéculaire, même après 18 mois, ou refus du miroir, ou fascination captatrice par le miroir ;
- absence de phénomènes transitionnels ;
- absence d'autoérotisme ;
- prélangage absent ou désorganisé ;
- expression d'affects dépressifs, ou bien coexistence de calme excessif et de rage explosive à tonalité angoissée ;
- absence de comportement d'attention conjointe, de pointage protodéclaratif et de faire semblant à 18 mois (signes rendant compte d'un défaut de « théorie de l'esprit » et considérés comme précurseurs d'autisme ; voir Baron-Cohen *et al.*, 1992, 1996 – j'y reviendrai).

10.3. Manœuvres plus spécifiquement autistiques ou psychotiques

Une troisième série de symptômes regroupe les manœuvres plus spécifiquement autistiques ou psychotiques, ou les signes d'« évitement relationnel », selon la terminologie d'André Carel (1998, 2000), car il est toujours difficile de se prononcer avant l'âge de 18 mois sur la nature autistique ou non d'un symptôme ou d'un groupe de symptômes :

- *évitement de l'objet d'attachement* (Fraiberg, 1982) : observé dès 3 mois dans des situations de carence grave, d'environnement gravement carencé ; l'évitement est sélectif et discriminatoire ; il protège du danger extérieur, mais quand le besoin (somatique) est trop important, la détresse est trop grande et se traduit par une désorganisation puis une rupture qui supprime l'éprouvé de détresse (clivage) ;
- *immobilisation* ou « *gel* » (Fraiberg, 1982) : défense qui s'effondre aussi au bout d'un certain temps, le bébé se désorganisant ;
- *mise en mouvement perpétuel* (Ciccone, 1995b), *agitation* : défense en soi, ou bien traduction de l'effondrement des défenses antérieures, de la panique et de la désintégration ;
- « *déni hallucinatoire de la perception* » (Mahler, 1968), « *retrait d'investissement du sensorium* » (Mahler), « *désafférentation sensorielle* » (Carel, 1981) :
  - évitement du regard, regard périphérique, regard passe-muraille, strabisme intermittent ;
  - regard fixe, suspendu, comme agrippé ou fasciné dans une « quête quasi hypnotisante » (Haag, 1984), regard halluciné ;
  - « effet cyclope » (Haag, 1984) ;
  - indifférence à la voix, contrastant avec une fascination précoce par la musique ou par des bruits mécaniques ;
- *agrippements autosensuels à des sources externes d'excitation* :
  - utilisation d'objets ou de parties du corps comme des « objets autistiques » (Tustin, 1972, 1980) (intérêt exagéré voire exclusif pour des objets durs interchangeables, succion de la langue, rétention des fèces, etc.) ;
  - fixation fréquente et intense de l'attention sur une source sensorielle (lumière, son) ; comportements stéréotypés de flairage, de léchage, de grattage, de tapotage ;
- *agrippements autosensuels proprioceptifs* :
  - stéréotypies (intérêt excessif pour les jeux de mains avec ou sans manipulation d'objet, « battements d'ailes », girations ou rotations sur soi, balancements, rythmies motrices à l'endormissement), créations de « formes autistiques » (Tustin, 1984) ;

- retraits posturomoteurs (attitude « en chandelier ») avec, au niveau des membres supérieurs, une non-utilisation des fonctions parachutes et, au niveau des membres inférieurs, un repli par évitement des positions d'appui et un refus locomoteur ; raidissements, agrippements à la musculature contractée (« seconde peau musculaire » [Bick, 1968]) ;

- *activités autodestructrices* à la place des activités autoérotiques, avec une insensibilité apparente à la douleur ; retournement de l'agressivité contre soi, observé dès la fin de la première année (Fraiberg, 1982) ;
- *maniérismes préhensifs et maniérismes locomoteurs* :
  - début de marche sur la pointe des pieds, avec agitation des bras ;
  - « signe de l'objet qui brûle » (voir Marcelli, 1983 ; Haag, 1984) ;
  - pince fine constituée non par la pulpe de l'index et du pouce mais par le bord de ces doigts ;
- *rejet de l'humain*, lutte contre toute demande de contact humain ; inintérêt pour les personnes, surtout pour les visages (intérêt éventuel pour une partie comme les mains ou un vêtement) ; phobie du contact corporel, absence d'attitude anticipatrice lors de la prise dans les bras et d'ajustement postural lors du portage ; absence de vocalises interactives ;
- *attitude indifférenciée* face aux objets animés et inanimés, face aux objets humains et non humains ; comportement relationnel indifférencié quel que soit l'interlocuteur ;
- *utilisation des humains comme instrument*, comme prolongement du corps (« faire-faire » ; voir Mahler, 1968 ; Marcelli, 1983 ; Haag, 1984) ;
- *intérêt compulsif pour certains objets*, notamment des petits objets, avec abandon de l'objet une fois celui-ci hors de vue (« signe des oubliettes » [Carel, 2000]) ; fascination captatrice devant l'image spéculaire ; préoccupation anormale pour un objet inanimé, fétiche ;
- *crises de rage à la moindre modification de l'environnement*, exigence tyrannique d'immuabilité, coexistant avec un calme excessif, une absence de réaction à quelque séparation ; peur phobique précoce de certains bruits ou de certains objets familiers ;
- *absence de tout phénomène transitionnel*, absence de jeu ;
- *refus presque total de toute initiative, de toute spontanéité* (Manzano et Palacio-Espasa, 1978) ;
- *troubles du langage* ou du comportement langagier :
  - écholalie ;
  - monologues, logorrhée ou mutisme ;

- emploi du « tu » ou du « il » à la place du « je » ;
- stéréotypies verbales ;

– *mimétisme, échopraxie* ;
– *obsessions, rites, cérémoniaux* (lors des repas, de la défécation, etc.) ;
– *gestes magiques* (s'essuyer après avoir été touché, par exemple) ;
– *anxiété peu élaborée* ou élaborée sous forme de phobies, de terreurs ; transformations de l'affect, observées dès 9 mois (Fraiberg, 1982) (le bébé qui hurlait de terreur lors de situations excitantes, traumatisantes, se met à réagir aux mêmes situations par un rictus, un rire niais ou un rire théâtral, ce qui est une défense contre une anxiété intolérable).

Toutes ces manœuvres ou tous ces effets autistiques ou psychotiques précoces sont sous-tendus par les processus d'identification adhésive et de démantèlement, décrits dans le chapitre précédent. Tous les symptômes autistiques ne sont pas nécessairement ni systématiquement présents en même temps. La quantité des manifestations autistiques, leur durée et leur intensité par rapport à des périodes de fonctionnement psychique normal déterminent l'installation d'un autisme pathologique ou la sortie progressive des retraits autistiques transitoires. L'agrippement aux et par les manœuvres autistiques assure la survie psychique temporaire mais entrave le processus de naissance à la vie psychique.

11. Particularités des signes psychopathologiques à l'adolescence

Toutes les pathologies précédemment décrites peuvent bien sûr concerner l'adolescence – et un certain nombre de signes ou de symptômes ont été envisagés dans le cadre particulier de l'adolescence. Il n'est cependant pas toujours facile, chez l'adolescent, de déterminer la pathologie d'un signe, d'un comportement, d'une conduite. Cela est vrai également pour l'enfant, je l'ai déjà signalé. Mais l'adolescence confronte le sujet à nombre de remaniements qui produisent des angoisses, des perturbations de la vie émotionnelle et de l'identité pouvant se traduire par des comportements proches de la pathologie, et pouvant nécessiter le recours à des mécanismes de défense massifs, radicaux, tels ceux caractérisant des états psychopathologiques.

Il existe par ailleurs un débat autour de la question de savoir si la psychopathologie doit se penser dans une continuité entre l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, ou bien s'il convient de considérer une rupture dans ce continuum, l'adolescence produisant des troubles spécifiques (voir Marcelli et Braconnier, 2004 ; Jeammet et Corcos,

2005). On peut probablement penser les deux perspectives simultanément, l'une ou l'autre étant prépondérante selon les contextes psychopathologiques (il est pertinent de penser qu'un autisme grave, ou une anomalie chromosomique, par exemple, verront leurs caractéristiques perdurer à l'adolescence et à l'âge adulte, même si les perturbations de la puberté auront une incidence inévitable sur le développement de la pathologie ; d'autres troubles, en revanche, seront plus spécifiques des remaniements imposés par l'adolescence).

- Les *troubles psychotiques* concernent aussi bien l'enfant que l'adolescent, et les psychoses de l'adolescent sont souvent des évolutions de psychoses infantiles. Certaines apparaissent cependant de façon manifeste plus particulièrement à l'adolescence, par exemple la schizophrénie. Mais toutes les excentricités et les bizarreries de comportements de certains adolescents ne sont pas signes de psychose, bien entendu. Il est toutefois clair que les perturbations de l'identité propres à l'adolescence et les perturbations de l'équilibre entre investissements narcissiques et investissements objectaux (qui se traduisent par une augmentation des investissements narcissiques) peuvent influencer le développement d'une psychose. Signalons les « bouffées délirantes aiguës » qui, lorsqu'elles apparaissent tardivement, ont en général une évolution favorable. Les états psychotiques aigus de l'adolescence, par ailleurs, sont souvent déclenchés par l'utilisation de substances toxiques.
- Les *états limites* peuvent bien entendu concerner l'adolescent. Mais on peut souligner la relative communauté entre certains troubles limites et certaines caractéristiques adolescentes. Les adultes borderline sont d'ailleurs souvent considérés comme des « adolescents attardés » (Marcelli et Braconnier, 2004).
- Les *troubles névrotiques* de l'adolescent sont en continuité avec ceux de l'enfant. Certaines caractéristiques sont soulignées du fait du rapport au corps que développe le sujet. Les expressions névrotiques caractéristiques de l'adolescence concernent en particulier les conduites phobiques (avec de fréquentes dysmorphophobies – préoccupations anormales concernant l'esthétique du corps, perturbations de l'image corporelle), l'intellectualisation, l'inhibition. (Je reviendrai plus loin sur la question de la névrose à l'adolescence.)
- La *dépression*, qui peut concerner plusieurs contextes psychopathologiques, a une particularité chez l'adolescent. Alors que la dépression chez l'adulte s'accompagne souvent de ralentissement psychomoteur, la dépression chez l'adolescent s'accompagne presque toujours de passages à l'acte, d'hyperactivité (éventuellement sexuelle), de crises de colère, etc.

- Une particularité des troubles psychopathologiques à l'adolescence est, par ailleurs, le recours à *l'agir* : tentatives de suicides, conduites à risques et équivalents suicidaires, fugues, errances, violences, vols, automutilations, etc.
- La *tentative de suicide* est l'une des conduites les plus significatives de l'adolescence. Il faut souligner que le suicide est la deuxième cause de mortalité en France et ailleurs chez les 15-24 ans, après les accidents de la circulation, et probablement la première si on inclut les accidents équivalents suicidaires ou effets de prises de risque inconsidérés. Les tentatives de suicide ont fréquemment lieu par absorption de médicaments (avec souvent prise d'alcool), lesquels ont d'ailleurs la plupart du temps été prescrits suite à une consultation antérieure. La tentative de suicide fait souvent suite à une expérience de rupture, voire à des ruptures cumulatives. Elle associe dépression et impulsivité. Elle témoigne bien sûr d'une fragilité narcissique (Laufer et Laufer, 1984 ; Jeammet et Birot, 1994 ; Ladame *et al.*, 1995) et d'un sentiment massif de désespoir.
- Les conduites de *dépendance*, enfin, apparaissent avec prédilection à l'adolescence : alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, troubles des conduites alimentaires, etc. Concernant les toxicomanies, il faut distinguer les différents modes de rapport aux produits toxiques : certaines conduites sont motivées par la recherche d'un effet euphorisant, et se déroulent dans le cadre d'une consommation récréative, conviviale ; d'autres correspondent à la recherche d'un effet anxiolytique ou antidépresseur, et concernent une consommation solitaire, « autothérapeutique » ; d'autres conduites, enfin, ont pour objet la recherche d'un effet anesthésiant, comateux, et caractérisent les consommations toxicomaniaques les plus pathologiques et les plus redoutables.

Je disais plus haut que toutes les psychopathologies pourraient s'envisager comme des modes de traitement des expériences de séparation. De la même manière, on peut dire, comme le soutiennent Philippe Jeammet et Maurice Corcos (2005), que toutes les psychopathologies de l'adolescent pourraient s'envisager comme des modes d'aménagement de la dépendance.

CHAPITRE 18

Approche clinique de quelques contextes psychopathologiques paradigmatiques

Dans ce chapitre vont être repris quelques contextes psychopathologiques qui supposent le déploiement de certains processus – ou qui posent un certain nombre de questions – qui me semblent paradigmatiques quant à l'ensemble des troubles dans lequel ils s'inscrivent, voire quant à l'ensemble de la psychopathologie elle-même. Je proposerai ainsi quelques réflexions sur les états et processus autistiques, sur les processus symbiotiques et destructeurs des logiques psychotiques, sur la tyrannie et la violence dans les processus limites, sur les logiques névrotiques, et sur les logiques des solutions psychosomatiques et comportementales. J'envisagerai ensuite les effets sur l'enfant de contextes psychopathologiques familiaux particuliers, puis, à l'inverse, les effets sur la famille et la parentalité de la rencontre avec un enfant porteur d'une anomalie ou d'une psychopathologie grave et précoce.

1. États et processus autistiques

1.1. L'autisme, point focal des débats épistémologiques sur la psychopathologie de l'enfant

L'autisme est une pathologie rare, mais qui a suscité de nombreuses recherches et produit de nombreuses théories, dans des disciplines diverses (voir, par exemple, le panorama qu'a proposé Didier Houzel [1995a]). L'autisme est un sujet polémique, et un objet de débats théoriques ou idéologiques souvent passionnés. Cette psychopathologie pose des questions que l'on peut considérer comme paradigmatiques de l'ensemble des questions que posent la psychopathologie en

général et la psychopathologie infantile en particulier. On peut considérer l'autisme comme un point focal des débats épistémologiques sur la psychopathologie de l'enfant.

Les troubles autistiques sont-ils pathognomoniques, ou intéressent-ils des contextes divers ? L'autisme est-il là d'emblée, ou bien s'installe-t-il progressivement (on parle d'« autisme progressif », de « processus autistisant » [Hochmann, 1994]) ? S'agit-il d'une maladie mentale ou bien d'un handicap (avec les connotations organiques de ce terme, les options thérapeutiques qu'il soutient : « rééducations » diverses) ? A-t-on affaire à un trouble psychique ou bien cognitif, émotionnel ? L'autisme est-il l'effet d'un déficit ou bien d'une défense ? Quelle est la part de l'organogenèse et celle de la psychogenèse dans le développement autistique (on parle de « vision polyfactorielle », de « traitement multidimensionnel » [Misès *et al.*, 1997]) ? Ces questions aiguës pourraient se poser de la même manière dans nombre de psychopathologies.

Ainsi, les controverses concernent les modélisations et, au bout du compte, la question de l'étiologie. Les théories et approches psychanalytiques se heurtent, en particulier sur ce point, aux théories cognitivistes.

L'approche psychanalytique de l'autisme s'appuie dans une très large mesure sur les conceptions de Frances Tustin et de Donald Meltzer qui font autorité dans ce domaine. Ces conceptions sont une référence pour de nombreux praticiens de l'autisme, et étayent quotidiennement des pratiques d'orientations diverses (thérapeutiques, pédagogiques, éducatives). L'école française s'est très largement inspirée de la pensée de Tustin et de Meltzer et de leur très grande expérience, et ses principaux représentants (Geneviève Haag, Didier Houzel) ont travaillé directement avec eux et se sont formés auprès d'eux.

Les conceptions de Tustin et de Meltzer, et les conceptions psychanalytiques en général, se sont développées et continuent de se développer dans un contexte où se multiplient des travaux (notamment anglo-saxons) cognitivistes, neuropsychologiques, neurodéveloppementaux, qui alimentent ces controverses entre les tenants d'une causalité psychogénétique et les tenants d'une causalité organique de l'autisme (pour une vision panoramique de ces travaux, voir Lelord *et al.*, 1989, 1990 ; Bailey *et al.*, 1996 ; Adrien, 1996). Mais la causalité est une notion très complexe, qui ne doit jamais être envisagée de façon simpliste et linéaire – en tout cas, elle ne l'est pas pour ce qui concerne le point de vue psychanalytique sur l'autisme développé par Tustin, Meltzer et leurs élèves (voir sur ce sujet Alvarez, 1992).

Si ces théories et modèles explicatifs divergent, il est vrai qu'actuellement les modèles se rapprochent. Les psychanalystes prennent de plus en plus en compte les modes spécifiques de traitement de l'information et de partage d'états mentaux chez l'enfant ou le sujet autiste (voir Hochmann *et al.*, 1992 ; Misès *et al.*, 1997 ; Alvarez *et al.*, 1999), et les cognitivistes prennent de plus en plus en compte les dimensions émotionnelles dans l'expérience subjective et dans le lien intersubjectif (Hobson, 1993). Si les modèles peuvent s'articuler, voire se compléter, ils restent cependant en tension, et alimentent des débats contradictoires, donc potentiellement créatifs.

1.2. Théories cognitivistes et neurodéveloppementales de l'autisme

Disons rapidement quelques mots des propositions et des théories qui ont justifié de nombreux travaux, surtout ces dernières années, qui développent des hypothèses cognitives. Les auteurs de ces recherches décrivent de façon précise et détaillée les multiples troubles des enfants autistes, et mettent en évidence les *déficits cognitifs*, considérés comme troubles de base, et expliqués par un dysfonctionnement neurophysiologique, organique (Wing, 1976 ; Damasio et Maurer, 1978 ; Rutter, 1981, 1983 ; Rogers et Pennington, 1991 ; etc.). Certains s'inscrivent dans une perspective clairement développementale, et produisent des études comparatives du développement autistique et du développement psychologique normal, pour mieux souligner l'atteinte des fonctions cognitives supérieures dans l'autisme (Wenar *et al.*, 1986 ; Sauvage *et al.*, 1988).

Les conceptions cognitivistes, voire neuropsychologiques, actuelles tentent, pour expliquer l'autisme, de définir des déficits spécifiques de certaines capacités cognitives ou sociales (sont touchées des capacités cognitives, des capacités sociales, ou bien les capacités cognitives qui interviennent dans le développement des relations sociales). Les capacités altérées concernent la représentation, l'imitation, la compréhension, le jeu symbolique, l'attention conjointe (Hammes et Langdell, 1981 ; Ungerer et Sigman, 1981 ; Baron-Cohen *et al.*, 1985, 1992 ; Sigman et Mundy, 1987 ; Hobson, 1989, 1993 ; etc.). Certains travaux mettent l'accent sur des déficits spécifiques très ciblés et considérés comme centraux pour expliquer le trouble autistique. Plusieurs modèles explicatifs sont ainsi disponibles, chacun organisé autour d'un ou de plusieurs déficits cognitifs spécifiques. Jean-Louis Adrien (1996), par exemple, en brosse quelques-uns.

1.2.1. Déficit de l'attention conjointe

On a ainsi le modèle du déficit de l'attention conjointe (Sigman et Mundy, 1987 ; Mundy et Sigman, 1989, 1994). L'attention conjointe est une notion que l'on doit à Jérôme Bruner (1975) et qui rend compte du fait, pour deux personnes, de porter attention à une même cible visuelle, de partager un événement avec autrui, dans une contemplation commune. Le « regard référentiel », le « pointage protodéclaratif » rendent compte de cette capacité d'attention conjointe. On sait, par exemple, que dès 8 mois le bébé est capable de localiser dans l'espace la source d'attention de son partenaire, si celle-ci est dans son champ de vision (Scaife et Bruner, 1975), et à partir de 18 mois, quel que soit l'endroit de cette source (Butterworth et Cochran, 1980). Le déficit d'attention conjointe chez l'enfant autiste, tel que le conçoivent Marian Sigman et ses collaborateurs, consiste en une altération de l'échange affectif réciproque, au sens où en parle Colwyn Trevarthen (1979) lorsqu'il décrit le partage intersubjectif de l'émotion.

1.2.2. Défaut de constitution d'une théorie de l'esprit

Il existe aussi le modèle du défaut de constitution d'une « théorie de l'esprit » (Baron-Cohen *et al.*, 1985 ; Frith, 1989 ; Baron-Cohen, 1995). La théorie de l'esprit (expression due à Premack et Woodruff, 1978) désigne la représentation d'une activité de pensée en l'autre, et donc en soi-même. Un certain nombre de situations expérimentales permettent de tester l'existence et la fonctionnalité d'une théorie de l'esprit chez l'enfant. L'une des plus connues est la passation du test de « Sally et Ann » (élaboré par Wimmer et Perner, 1983). Ce test met en scène deux poupées (Sally et Ann) qui ont chacune un objet qu'elles rangent à un certain endroit ; l'une des poupées s'absente ; pendant ce temps, la seconde s'empare de l'objet de la première et le cache à un autre endroit ; lorsque la première revient en scène, il est demandé aux enfants testés où celle-ci cherchera son objet ; les enfants doivent bien sûr répondre qu'elle le cherchera à l'endroit où elle l'a elle-même déposé, dans la mesure où elle n'est pas au courant de la substitution.

Ce test, et d'autres avec des variantes, met en évidence la constitution nette d'une théorie de l'esprit chez l'enfant de 4 ans. Simon Baron-Cohen et ses collaborateurs ont montré le défaut d'une telle capacité chez l'enfant autiste. Même si le niveau cognitif de l'enfant autiste testé est élevé, même si ses capacités de reconnaissance des relations sociales sont satisfaisantes (hormis celles qui s'appuient sur une théorie de l'esprit), ses aptitudes à développer une théorie de

l'esprit sont perturbées (Baron-Cohen, 1991, 1995). Par ailleurs, les études sur les origines de la théorie de l'esprit mettent en évidence la manière dont celle-ci suppose une capacité de « faire semblant » (Leslie, 1987).

1.2.3. Déficit de régulation émotionnelle

Comme autre modèle de déficit central dans l'autisme, on a le modèle du déficit de régulation émotionnelle (Trevarthen, 1979). L'indifférence affective de l'enfant autiste est considérée, dans ce modèle, comme le témoin d'un défaut fondamental et précoce de production et de régulation des émotions. Un tel défaut central, dont l'origine serait biologique et due à un dysfonctionnement des systèmes régulateurs cérébraux, produit des défaillances dans toutes les fonctions qui s'appuient sur le partage émotionnel, comme l'attention conjointe, l'imitation.

1.2.4. Autres déficits

D'autres travaux décrivent des dysfonctionnements en cascade de différentes capacités (l'imitation, le partage émotionnel, la constitution d'une théorie de l'esprit), dont la capacité prototypique serait celle qui consiste à *former et coordonner des représentations*, ces dysfonctionnements reposants, toujours, sur un défaut biologique (Rogers et Pennington, 1991).

D'autres encore mettent en avant le déficit du *développement du « soi interpersonnel »* (Hobson, 1993) ; il s'agirait d'un déficit électif précoce concernant l'expérience intime de soi-même par rapport aux autres, c'est-à-dire l'expérience du contact émotionnel intersubjectif (Trevarthen), de l'accordage affectif (Stern). D'autres, enfin, insistent sur les troubles spécifiques de l'imitation (De Myer *et al.*, 1972 ; Sigman et Ungerer, 1984 ; Jones et Prior, 1985 ; Stone *et al.* 1990 ; Nadel, 1992).

Bref, quelle que soit la prédominance accordée à tel ou tel déficit, la conception de ces chercheurs est toujours une conception déficitaire, et les déficits touchent des fonctions ou des comportements articulés les uns aux autres, interdépendants : l'intérêt social, la représentation, l'imitation, le jeu de faire semblant, le pointage protodéclaratif, l'attention conjointe, le partage émotionnel, la théorie de l'esprit.

1.2.5. Neurocognitivistes et psychanalystes

Tous ces travaux neurocognitivistes décrivent avec finesse différents symptômes de l'enfant autiste. La plupart étaient déjà décrits avec autant de finesse et souvent plus de complexification par les psychanalystes qui se sont intéressés à l'autisme, même s'ils n'étaient

pas dénommés de la même manière. Si certains points de vue cognitivistes s'inscrivent en faux contre les théories psychanalytiques (notamment dans leur insistance à vouloir toujours considérer l'autisme comme un handicap neurologique), d'autres rejoignent sans difficulté les thèses psychanalytiques (Hobson, 1989, 1993).

Mais le point de vue psychanalytique contient bien sûr une conception différente de la réalité psychique, et il s'intéresse davantage à la vie affective, émotionnelle, fantasmatique, sans pour autant exclure la réalité biologique. Tustin, par exemple, a toujours fait place à de potentiels troubles organiques à l'origine de certains autismes. Par ailleurs, dans sa conception psychogénétique, elle parle de prédisposition liée à la constitution génétique ou au vécu intra-utérin (1990) ; elle parle d'« hypersensibilité » du bébé (1981, 1990), tout comme Meltzer parle d'« équipement inadéquat » (Meltzer *et al.*, 1975), termes qui peuvent contenir, pour une part, l'idée d'une constitutionnalité particulière, qui peut s'originer en partie dans le biologique. Toutefois, l'autisme est vu ici comme l'effet d'une réaction à une situation d'angoisse majeure, primitive, agonistique.

L'autisme comme *défense* est souvent opposé à l'autisme comme *déficit*, la première proposition étant le présupposé du point de vue psychanalytique, la seconde celui de point de vue cognitiviste et organiciste (voir par exemple Adrien, 1996 ; Carel, 1998). La réaction autistique, en effet, est considérée par les psychanalystes comme une mesure de protection devant un danger vécu comme catastrophique. Mais il faut ajouter que si elle est une défense, la manœuvre autistique consiste surtout en une utilisation « compensatrice » des faibles défenses à disposition : il s'agit de « se débrouiller avec moins qu'il n'en faut », comme le dit Anne Alvarez (1992).

1.3. Conceptions de Tustin et Meltzer sur l'autisme

1.3.1. Apports de Tustin

Frances Tustin définit l'autisme comme un état où règne la sensualité auto-induite, et où l'attention est portée presque exclusivement sur les sensations et les rythmes corporels (1972 à 1994b). Les objets extérieurs captent l'intérêt de l'enfant, mais ceux-ci sont vécus comme faisant partie de son corps ou comme étroitement associés à lui. Ils sont pris pour un prolongement de l'activité corporelle gouvernée par la sensation. Les « sensations-objets », qui ne sont pas reconnues comme distinctes du corps, caractérisent également le monde du bébé dans les tout premiers temps de la vie. Ces sensations-objets favorisent par la suite la perception du non-moi, sous la protection

des soins maternels. Cette période précoce où les objets externes, la mère, sont vécus comme « sensations-objets » est dénommée phase d'autosensualité.

Le basculement dans la pathologie autistique résulte, pour Tustin, d'une prise de conscience intense et prématurée chez le nourrisson de la séparation d'avec la mère, à un moment où son appareil neuropsychique n'est pas suffisamment évolué pour lui permettre de faire face à cette expérience.

Cette « prématurité psychologique » naît d'une rencontre entre un enfant « hypersensible » et un environnement maternant en difficulté pour amortir les chocs dus à la prise de conscience de la séparation corporelle (Didier Houzel [1991, 1993] propose de parler de prise de conscience de la « séparabilité » de l'objet plutôt que de la séparation). L'enfant éprouve cette séparation comme la perte d'une partie de son corps et est envahi par des terreurs primitives, comme celles de tomber, de se vider, d'exploser, d'être anéanti. Tustin suppose que si la mère ne peut contenir les expériences de séparation corporelle, qui confrontent le nourrisson à un environnement où s'ouvrent des « trous noirs », qui le laissent dans une « terreur sans nom » (au sens de Bion, 1962b), le bébé est alors conduit à utiliser de plus en plus les sensations de son propre corps, à manipuler-engendrer des objets (ou sensations-objets) autistiques et à créer des formes (ou sensations-formes) autistiques.

Les manœuvres de protection autistiques visent à tout organiser en fonction d'une autosensualité réconfortante. Le monde extérieur, au lieu d'être un facteur stimulant pour le développement de l'enfant, devient un objet de négation ou de confusion avec la sensation-objet. L'utilisation des objets et des formes autistiques entraîne un délire de parfaite satisfaction et d'intégrité, et conduit l'enfant à nier son objet maternant, car celui-ci n'est jamais aussi disponible, aussi magique et mécanique que ses fabrications idiosyncrasiques.

Pour les enfants autistes, le sentiment de sécurité dépend de l'illusion d'exercer un contrôle absolu sur un corps ou un objet qu'ils ressentent comme une partie de leur propre corps. Seul ce qui peut être contrôlé et manipulé de façon « palpable » leur semble réel et sûr. C'est ainsi que les états émotionnels, par exemple, qui ne peuvent être manipulés concrètement, leur paraîtront irréels, ou seront ressentis comme des substances corporelles très dangereuses. L'émotion pour un enfant autiste est soit une énigme – il ne voit pas de quoi il est question –, soit un danger concret et il se détourne. Il en est de même des fantasmes, de l'imagination, de la mémoire, de la réflexion, et les capacités dans ces domaines se trouvent ainsi relativement inexploitées, inutilisées.

La pathologie autistique signe donc une non-rencontre entre l'enfant et son objet maternant, un échec dans l'établissement d'un premier contact humain capable de soulager l'enfant des terreurs normales auxquelles est confronté tout nouveau-né, terreurs éprouvées de manière exagérée du fait de l'hypersensibilité de l'enfant. Ces terreurs proviennent de l'expérience de perte de l'objet vécue comme une perte du corps, comme une séparation catastrophique amputante, anéantissante. La principale menace dans l'autisme est celle du « non-être » ; l'enfant se protège d'une terreur de ne plus exister, qui est différente de la peur de mourir. Perdre le sentiment d'exister est bien pire que mourir, dit Tustin (1990).

Les manœuvres autistiques engendrent l'illusion d'être encapsulé dans une coquille. Cette « mise en capsule autogénérée » immobilise le fonctionnement psychique et, par conséquent, arrête le développement cognitif et affectif. Par ailleurs, l'encapsulation « conserve » l'expérience traumatique (comme dit David Rosenfeld [1986]) de la séparation corporelle d'avec la mère allaitante, expérience qui pourra être évoquée ou traitée de nouveau si une situation propice pour cela se présente, par exemple une psychothérapie.

1.3.2. Apports de Meltzer

Meltzer a différencié l'« autisme proprement dit » et l'« état mental post-autistique » (Meltzer 1975 ; Meltzer *et al.*, 1975, 1985). Il a décrit et conceptualisé le monde interne autistique et ses différents processus : le démantèlement qui produit une suspension de la vie mentale, qui éparpille l'objet en une multitude de sources sensorielles ; l'identification adhésive qui produit un type de dépendance par collage à la surface de l'objet, ou à une modalité sensorielle qui sert de surface. Il a décrit la dimensionnalité spatiale particulière du monde autistique (et proposé à partir de là une modélisation de la dimensionnalité de l'espace psychique et de son développement). Il a mis en évidence le rapport des états autistiques aux états obsessionnels. Il a donné une figuration de la caractérologie de l'état mental autistique : intelligence ; sensibilité à l'état émotionnel d'autrui ; disposition à ressentir massivement la souffrance dépressive ; sadisme minimal et persécution minimale ; jalousie possessive ; amour sensuel poussant à la recherche répétitive et indéfinie d'une « intimité de surface », peau à peau, dans la joie et le triomphe de la possession ; etc. Il a décrit la dépression primaire dans l'autisme. Il a envisagé l'effet des perturbations de la fonction maternante dans la genèse de l'autisme, mais a considéré avec encore plus d'importance l'effet des facteurs intrinsèques, propres à l'enfant.

1.4. Processus autistiques dans les pathologies non autistiques et non psychotiques

Une grande partie de la psychopathologie pourrait s'appréhender du point de vue des expériences précoces et des défenses primitives dont ses manifestations singulières sont porteuses ou dont elles portent des traces. Ces expériences concerneront en particulier les expériences autistiques et les défenses autistiques contre des éprouvés agonistiques primitifs. Frances Tustin puis d'autres ont mis en évidence la manière dont se constituent des « poches d'autisme », des « enclaves autistiques » dans des personnalités non autistes, non psychotiques.

1.4.1. Recherches de Tustin

En 1972, Tustin disait trouver chez de nombreux enfants névrosés des « poches » d'autisme à carapace se manifestant par des troubles comme les phobies, les perturbations du sommeil, l'anorexie mentale, le mutisme électif, les maladies de la peau, les désordres psychosomatiques, les difficultés scolaires, les altérations du langage, la délinquance. À l'intérieur de ces poches, les expériences transitionnelles ne se sont pas développées, l'imagination est restée primitive et ne s'exerce que dans des jeux intéressant des objets corporels ou leurs équivalents dans le monde extérieur.

Dans *Les États autistiques chez l'enfant* (1981), Tustin affirme que chaque fois qu'elle a travaillé avec des enfants névrosés, elle a invariablement rencontré chez eux une poche de fonctionnement qui avait pour effet un tel blocage ou une telle déformation de leur conscience de la réalité qu'il serait possible de qualifier de psychotique cette zone d'expérience. Un des aspects de la pathologie, chez certains enfants ayant une enclave autistique, est leur inaptitude à réguler leurs élans et leurs réactions. La « turbulence de la sensualité élémentaire » chez ces enfants – manquant de limites, de pare-excitation, fournis normalement par un environnement parental contenant et conteneur – fait qu'ils se sont attachés à leurs parties, organes et rythmes corporels, qu'ils ont vécu comme des objets mécaniques, inanimés.

Tustin trouve confirmation de ces hypothèses à travers les troubles psychosomatiques et l'hypocondrie, la sensualité étant dans ces différents cas exagérément concentrée sur les organes et les processus corporels, non transformée en rêve, fantasme ou jeu. Dans des troubles tels que l'encoprésie et l'énurésie, Tustin suggère que l'enfant obtient de sa vessie et de ses intestins une « satisfaction clandestine » contournant ainsi les restrictions – à travers l'apprentissage de la

propreté – qu'imposent le père et la mère en tant qu'êtres séparés, ayant leurs propres limites. Par ailleurs, l'absence de transformation des sensations en percepts et concepts, dans une partie de la personnalité de certains sujets, peut entraîner des difficultés à apprendre, voire des phobies de l'école. Enfin, Tustin retrouve dans l'anorexie mentale une « enclave d'autisme à carapace ».

Dans un article de 1985 (1985b), Tustin propose de faire appel à certaines de ses découvertes – sur la nature des angoisses autistiques et sur l'utilisation d'objets et de formes autistiques – pour comprendre certains patients adultes névrosés apparemment inaccessibles. Ces patients ont un secteur hermétiquement fermé de leur personnalité, une « enclave d'autisme cachée », qui doit faire l'objet, d'après Tustin, d'une prise de conscience la plus rapide possible de la part du psychanalyste. Dans ses ouvrages suivants (1986, 1990), elle décrit à nouveau chez des patients névrosés des « capsules autistiques », des « barrières autistiques ». Ce terme, qu'elle avait déjà employé en 1972, souligne avec force les effets de blocage des protections autistiques sur le développement. Lorsque ces patients sont dans l'étau de leur capsule d'autisme, ils semblent impénétrables, anesthésiés, autosuffisants et ils contrôlent l'analyse. Tustin donne des exemples des terreurs autistiques et des pratiques autistiques plus ou moins secrètes chez ces patients. Les capsules d'autisme sont à l'origine de troubles obsessionnels, phobiques, mais aussi de troubles maniaco-dépressifs, de problèmes psychosomatiques.

Les capsules autistiques protègent contre l'hypersensibilité et le désespoir. Elles sont un mode de défense contre les expériences traumatiques, notamment les traumatismes infantiles précoces, et contre l'éprouvé de dépression, de grande vulnérabilité et d'impuissance. Tustin souligne, par exemple, combien est intense chez ces patients le sentiment de perte traumatique, sentiment que cache la dure capsule autistique : ils pleurent une perte sans savoir laquelle ; ils ont le sentiment déchirant de quelque chose de cassé, à la fois impensable et inarticulé. Ces patients sont difficiles à traiter, car ils ont le pouvoir d'entraîner l'autre dans leurs drames muets. Ils menacent de « briser le cœur des thérapeutes », et cela parce qu'ils ont eux-mêmes le « cœur brisé », dit Tustin.

> Cette « cassure » va plus loin que ce que l'on entend généralement par ce terme : il s'agit là d'un sentiment qui atteint le plus profond de leur être [...]. Pour ces patients, la prise de conscience de leur séparation corporelle a été vécue comme un arrêt des pulsations de leur « persistance dans l'être ». C'est donc leur sentiment d'« être » qui s'est trouvé menacé. La peur de l'annihilation devant eux, il leur

> a fallu faire des efforts désespérés pour la combattre. Pour lutter et recouvrir leur « cassure », ils se sont fait une sorte de plâtre : celui de l'autisme [...]. Cette expérience concrétisée de « mise en capsule » a signifié la mise à mort du psychisme (Tustin, 1990, p. 190-191).

Ces patients sont du même type que ceux que décrit, dans une autre perspective, René Roussillon (1999a) à propos des pathologies « identitaires-narcissiques », où domine le « manque à être », le sujet se débattant avec des expériences agonistiques précoces. René Roussillon s'appuie sur la pensée de Winnicott, et Tustin signale la communauté de sa pensée sur les capsules autistiques chez les patients névrosés avec ce que décrit Winnicott (1974) de la « crainte de l'effondrement » et des agonies primitives.

1.4.2. Autres auteurs

D'autres auteurs ont souligné l'existence de processus autistiques dans des pathologies non psychotiques. Citons par exemple Sydney Klein (1980) – dont Tustin reprend les thèses – qui décrit des phénomènes autistiques chez des patients névrosés. Il donne l'exemple de patients socialement et professionnellement bien installés, et qui sont venus à l'analyse pour des raisons professionnelles et comme candidats analystes, ou bien pour des difficultés mineures. Les patients dont parle Sydney Klein sont caractérisés par une encapsulation impénétrable d'une partie de leur self, une résistance muette et implacable au changement, et un manque de réel contact émotionnel avec eux-mêmes et avec l'analyste. L'atrophie de leur vie émotionnelle s'accompagne d'un agrippement désespéré et tenace à l'analyste, représentant la seule source de vie. Ces patients présentent une angoisse intense au moindre sentiment de séparation. Ainsi ont-ils développé, par exemple, une sensibilité exagérée au timbre de la voix et à l'expression faciale de l'analyste, par crainte persécutive de réactions hostiles de sa part.

D'autres travaux ont repris ou prolongé les conceptions de Tustin. David Rosenfeld (1986) décrit la manière dont l'encapsulation autistique d'un traumatisme a pour effet de le préserver, jusqu'à ce qu'il puisse plus tard être traité et transformé, dans le meilleur des cas. Yolanda Gampel (1983, 1988) fait le même constat. Nini Herman (1987, 1988), comme d'autres que cite Tustin, met en évidence l'utilisation d'objets autistiques par des sujets névrosés. Graeme Taylor (1987) décrit les processus autistiques dans des pathologies psychosomatiques. Didier Houzel (1988) a décrit les enclaves autistiques dans des psychanalyses d'enfants, en particulier dans un contexte de

phobie scolaire. David Rosenfeld (1997), en Argentine, a travaillé sur les rapports entre les conduites addictives ou les troubles psychosomatiques et les processus autistiques. Nous avons proposé, avec Marc Lhopital (Ciccone et Lhopital, 2001), les notions d'« agrippement psychique à la pensée » et de « seconde peau intellectuelle » pour décrire certaines manœuvres autistiques dans les organisations en « faux self » de personnalités non autistes et non psychotiques.

2. Logiques psychotiques : symbiose et destructivité

Parmi les processus les plus transversaux, qui président les états psychotiques mais les débordent largement, se trouve l'identification projective, que j'ai décrite et dont j'ai souligné la place et l'importance dans le fonctionnement psychique ainsi que dans la psychopathologie. L'identification projective qualifie les liens symbiotiques, nous l'avons vu. La souffrance générée par de tels liens provient de l'association entre la symbiose et la destructivité. L'être ensemble s'accompagne d'une destructivité mutuelle, qui rend impossible la rencontre autant que la séparation. De telles souffrances, avec le désespoir qu'elles supposent, se rencontrent dans de nombreux contextes, mais trouvent leur paroxysme dans celui de la psychose symbiotique. Résumons sa logique (voir Ciccone et Lhopital, 2001).

La psychose symbiotique correspond à un développement pathologique des états et processus symbiotiques ordinaires. La psychose symbiotique traduit, pour Margaret Mahler (1968), une faillite de l'individuation, autrement dit de la construction du sentiment d'identité individuelle. Cet état psychopathologique se caractérise par la crainte de la séparation qui écrase le moi fragile de l'enfant. Mahler préfère parler de « réaction à la séparation » plutôt que d'angoisse de séparation à cause de l'état de la relation d'objet. Elle préfère réserver l'expression « angoisse de séparation » à la phase de développement normal au cours de laquelle s'est constituée une image disponible et secourable d'un objet susceptible d'apporter gratification et soulagement de la douleur, si bien que l'absence de l'objet réel met alors le nourrisson dans un état d'attente et d'impuissance, avec l'angoisse comme conséquence. En revanche, l'enfant psychotique, dans son état d'omnipotence, n'a pas suffisamment élaboré cette image interne ; aussi la séparation provoquera-t-elle des réactions extrêmes : peur panique, accès de colère et de rage, comportement destructeur. Avec ces précisions, le signe de l'« angoisse de séparation » est à considérer, chez l'enfant psychotique, comme un signe d'amélioration de son état.

La psychose symbiotique est conçue par Mahler comme une organisation défensive répondant au vécu catastrophique qu'engendre la moindre expérience de séparation. Mais l'organisation symbiotique comporte en substance une angoisse supplémentaire : l'angoisse de réengloutissement par l'objet symbiotique. Cette angoisse additionnelle peut conduire l'enfant qui développe une psychose symbiotique à recourir à des mécanismes autistiques pour protéger le peu d'identité individuelle acquise, menacée de destruction par le réengloutissement par l'objet. L'enfant psychotique est donc la proie d'une panique de séparation insoutenable et d'une crainte de réengloutissement terrifiante.

On peut trouver des illustrations de la symbiose pathologique par exemple chez Gisela Pankow (1983), lorsqu'elle explique comment, d'après elle, les parents des schizophrènes, et surtout les mères, ont besoin du corps de leur enfant pour combler les limites de leur propre corps et se sécuriser dans leur peau, cela dans un lien symbiotique. Piera Aulagnier (1985) décrit aussi la relation mère-enfant dans la schizophrénie comme répondant à la nécessité d'être

> la moitié de soi-même, l'autre moitié étant détenue par un objet qui lui-même ne peut qu'à ce prix préserver son unité [...]. La toute-puissance maternelle, qui occupe si souvent l'avant de la scène, recouvre, et peut toujours laisser place, à une « moitié de mère », moitié mutilée, en quête de son complément, quête que l'enfant entend comme une exigence qu'il doit satisfaire. (p. 282)

Ces conceptions rejoignent celles de Harold Searles (1965) quant à la schizophrénie. Joyce McDougall (1986, 1989) propose également des représentations (fantasmes d'« un corps pour deux », d'« une psyché pour deux ») non seulement dans le fonctionnement psychotique, mais aussi dans le fonctionnement psychosomatique de la personnalité, qui illustrent tout à fait certaines manifestations, corporelles et psychiques, de la symbiose pathologique.

L'aspect caractéristique de la symbiose pathologique, et qui la distingue de la symbiose normale, est représenté par « l'investissement destructeur des combinaisons de représentations mentales psychotiques » (Mahler, 1968, p. 215). La relation symbiotique, recherchée d'une manière urgente et désespérée, est en même temps investie en grande partie d'énergie destructrice. De plus, les pulsions destructrices et les craintes d'attaques sont projetées à l'extérieur.

Ainsi, le fonctionnement symbiotique s'inscrit dans un registre paranoïde-schizoïde. C'est pourquoi j'ai nommé *position symbiotique* la position paranoïde-schizoïde décrite par Melanie Klein et

caractérisée par l'angoisse de persécution, les processus de clivage et de projection, et la relation d'objet partiel. La notion de processus symbiotiques, caractérisant la souffrance du lien, me paraît davantage généralisable ou transposable à d'autres contextes non psychotiques, et dans lesquels le moi du sujet éprouve le besoin impérieux d'être « hébergé » dans la psyché d'un autre – tout en attaquant et en détruisant l'accueil et la disponibilité de l'autre.

J'ai déjà souligné, dans la description de l'identification projective, la manière dont ce processus répond à la nécessité du moi de se loger à l'intérieur d'un autre (comme le dit souvent Salomon Resnik, par exemple, à propos de la psychose [1986, 1994, 1999]). J'ai décrit les processus d'intrusion dans l'objet, et ses conséquences claustrophobiques (Meltzer, 1992). J'ai signalé les aspects redoutables de l'analité dans ces contextes. J'ai indiqué l'enjeu de contrôle de l'objet (pour contrôler les parties projetées, bonnes ou mauvaises) que contient la relation symbiotique soutenue par l'identification projective. Nous avons vu les effets d'induction, d'influence, de parasitisme (Resnik, 1973 ; Rosenfeld, 1970, 1987) que génère ou que contient ce type de lien. Nous pouvons retrouver ce type de caractéristiques dans bien d'autres contextes que celui de la psychose, même si ces caractéristiques qualifieront le travail des aspects psychotiques ou des parties psychotiques des personnalités concernées.

3. Logiques des processus limites : tyrannie et violence

Les pathologies limites, nous l'avons vu, rassemblent des symptomatologies variées, des tableaux divers, tous marqués cependant par l'angoisse permanente d'abandon, de perte – de soi et de l'objet –, l'insécurité intérieure. Les défenses utilisées sont majoritairement du même type que celles opérant dans les contextes psychotiques (clivage, idéalisation, déni, projection, identification projective), et la relation d'objet est bien souvent caractérisée par la tyrannie. C'est à travers l'étude de la tyrannie que je vais déployer quelques logiques propres aux processus limites (voir Ciccone, 2003a). Le lien tyrannique, par ailleurs, contient les germes de la violence, souvent présente dans les pathologies limites, en particulier chez l'adolescent. Nous verrons ainsi comment émerge la violence dans ces contextes limites (Roger Misès [1990] a bien indiqué combien les pathologies limites de l'enfance caractérisent très fréquemment l'enfance des futurs psychopathes). Les travaux sur les logiques des liens tyranniques (voir

Ciccone, 2003a ; Ciccone *et al.*, 2003) rejoignent sur bien des points certains travaux sur les origines de la violence (voir Monmayrant et Lacroix, 1995 ; Lacroix *et al.*, 1999).

3.1. Enfants tyranniques

Les enfants tyranniques présentent bien évidemment des tableaux différents, mais on peut cependant rassembler quelques caractéristiques communes.

Il s'agit bien souvent d'enfants instables, agités, manifestant des crises de rage lors de frustrations. Ils sont souvent provocateurs, violents (dans la famille et/ou à l'extérieur).

On peut observer, chez les jeunes enfants, des interactions particulières ; par exemple, après une provocation adressée à la mère, l'enfant cherchera le contact, se lovera sur les genoux de la mère, suçant son pouce et s'entourant des bras maternels. On pourra voir l'enfant appuyer sa tête contre la tête de la mère, comme s'il essayait d'entrer dans la tête de celle-ci.

Ces enfants refusent aussi souvent le contact, quand celui-ci est demandé par l'autre, le parent, ce dont se plaignent souvent les parents, déçus : « Ça le brûle, quand on veut lui faire un câlin, il dit « j'ai chaud, pousse-toi » », se plaignait une mère.

Le lien à l'objet est souvent un lien incestuel (au sens que donne Racamier à ce terme [1995]) : l'enfant est possessif, veut la mère pour lui tout seul, le père étant exclu, et s'excluant lui-même, avec la complicité de la mère. L'enfant présente ainsi fréquemment des troubles du sommeil, par exemple, justifiant qu'il dorme avec la mère, dans un lien parfois particulièrement érotisé.

Les enfants tyranniques sont des enfants qui « poussent à bout » (Ciccone, 2003a), selon l'expression qu'emploient très fréquemment les parents. Ils poussent les parents à poser des actes extrêmes : frapper, utiliser la violence, avec des menaces de meurtre (« Arrête, là je vais te tuer ! », peut-on parfois entendre). Ils peuvent pousser les parents à partir, ou à mettre leurs enfants à la porte (une mère, à bout, mit ses deux enfants dehors, la nuit, avec un sac à dos plein de nourriture ; l'un lui dit : « Je vous aime, j'ai besoin de vous, je veux rester » ; l'autre s'était simplement demandé comment il ferait pour voir la nuit : « Il ne dit jamais je vous aime. Ça lui arrache le cœur. Quand il le dit c'est dans un cri d'arrachement »).

Ces contextes sont très souvent marqués par un épisode dépressif dans l'histoire, une ambiance familiale dépressive dans la petite enfance, suite à un deuil, une séparation, un déménagement, etc.

Observation 1

Une mère, abandonnée par le père à la naissance de l'enfant, se décrivait comme un « robot » pendant les six premiers mois de vie de l'enfant ; celui-ci développa une anorexie du nourrisson ; puis la mère réagit, se ranima, sortit de son état dépressif, et l'enfant se développa ; tout cela dans une relation de grande proximité, la mère se sentant coupable, et se soignant aussi de sa dépression avec son bébé.

Une autre mère avait été très déçue à la naissance de son enfant, car elle attendait une fille (ce qui lui avait été annoncé lors des différentes échographies), et arriva un garçon, rouquin aux yeux bleus (alors qu'elle avait « horreur des rouquins »). La mère avait pensé que ce n'était pas son fils, qu'on s'était trompé de bébé à la maternité ; elle fit une dépression, fut anorexique, et était d'ailleurs toujours déprimée : « J'ai besoin qu'on s'occupe de moi, qu'on me dise tout le temps, tous les jours qu'on m'aime. » C'était cette demande qu'elle adressait à son enfant et à laquelle, bien sûr, il ne pouvait répondre.

On peut dire d'un enfant tyrannique qu'il est toujours à la fois un grand enfant omnipotent et un gros bébé immature. Lorsqu'il est le tyran qui impose sa loi, il fait taire le bébé en détresse, l'écrase, comme il tape souvent d'autres enfants qui représentent le bébé dépendant qu'il est lui-même et dont il essaie de se défaire pour être un grand-fort-puissant qui contrôle le monde.

Un tel enfant a souvent développé une sensibilité aiguë à l'égard de l'humeur parentale, maternelle. Il s'oppose de manière tyrannique pour faire réagir la mère, pour ne pas qu'elle déprime. Par son comportement, l'enfant fait exister une mère à l'intérieur de laquelle il peut entrer, qui peut le contenir, l'accueillir. Il cherche à créer la mère qu'il a perdue ou dont il a manqué (parce qu'elle était elle-même abandonnée, déprimée). Il cherche à vérifier que sa mère est bien là et bien vivante afin qu'elle puisse rester vivante à l'intérieur de lui.

La difficulté du parent pour mettre des limites à l'enfant peut aussi être comprise comme inhérente au fait qu'il projette en lui son propre sentiment d'abandon. Le parent ne peut mettre des limites car il se sent coupable de mettre des limites qui imposent un sentiment de frustration, imaginé par lui comme l'équivalent d'un abandon (il ne supporte pas, souvent, que l'enfant puisse pleurer, par exemple).

Par ailleurs, le parent semble chercher à se consoler de son expérience de manque avec son enfant, lui demandant en quelque sorte d'*être une mère pour lui*, de lui faire vivre un bon sentiment gratifiant consolateur. Le parent est alors en contact avec un enfant imagi-

naire, et cela ne peut que laisser l'enfant réel abandonné à ses propres besoins infantiles de consolation devant toute épreuve de manque et de frustration.

Le parent ne peut pas donner une limite qui contient, parce qu'il demande à l'enfant d'être un parent qui ne pleure pas devant la frustration et qui l'aide lui, parent-enfant, à ne pas pleurer devant sa propre détresse. Et l'enfant se développe alors dans l'omnipotence et dans l'exigence tyrannique.

On voit ainsi comment le besoin narcissique de l'enfant rencontre le propre besoin narcissique parental, maternel, la mère étant elle-même un bébé qui a besoin d'être consolé, aimé, rassuré.

Ces besoins narcissiques partagés infiltrent les conflictualités œdipiennes, celles-ci aussi (celles du parent comme celles de l'enfant) étant entremêlées, se télescopant. Cela produit une atmosphère fortement incestuelle, avec exclusion de la fonction paternelle. L'enfant est fréquemment soumis à l'excitation parentale, souvent maternelle, qui le chauffe, le brûle. Il réagit à la séduction parentale incestuelle.

3.2. Quête de l'objet

Le contexte des enfants tyranniques, comme celui de toutes les pathologies limites, est d'abord caractérisé par une quête permanente de l'objet.

L'enfant qui pousse à bout n'est pas convaincu de trouver, « au bout », une mère vivante, tendre et aimante. Il cherche non seulement les limites, comme cela est classiquement souligné, mais aussi la confirmation de trouver, au bout du compte, une mère qui tienne vraiment à lui, l'investisse vraiment, car il n'est pas sûr de cet investissement, il n'est pas convaincu de l'amour de l'objet. Tout le problème posé sera celui des conditions à partir desquelles l'enfant pourra acquérir une conviction suffisante pour pouvoir renoncer à son comportement perturbateur et tyrannique.

Pour comprendre une telle situation, et son aspect fondamentalement paradoxal, on peut bien sûr évoquer la notion de *tendance antisociale*, telle que la propose Winnicott (1956b). La tendance antisociale recouvre un ensemble de comportements qui va de la mauvaise conduite ordinaire des enfants à la délinquance et la criminalité. Winnicott explique cette tendance antisociale par la perte qu'a subi le sujet enfant, perte de quelque chose de bon, d'une bonne relation, quelque chose qui a été positif jusqu'à une certaine date et qui a été retiré à l'enfant, ce retrait ayant dépassé la durée pendant laquelle l'enfant est capable d'en maintenir le souvenir vivant.

La perte de cet objet fait vivre à l'enfant l'expérience selon laquelle c'est sa destructivité qui a détruit l'objet ; l'objet n'a pas survécu à la destructivité du sujet (voir aussi Roussillon, 1991, 1999a). Cela conduit au déploiement du paradoxe de la destructivité : le sujet répète la destruction non pas pour détruire, mais pour vérifier que l'objet peut survivre. La tendance antisociale est l'expression d'un espoir, celui de trouver un objet qui résistera enfin à la destructivité. L'objet survit lorsqu'il peut tolérer les nombreuses mises à l'épreuve, les répétitions nécessaires pour que le sujet puisse acquérir la conviction de la résistance de l'objet. Tolérer, cela ne signifie pas laisser faire, cela signifie ne pas laisser tomber. Lorsque l'objet se retire, ou lorsqu'il est trop blessé, anéanti, effondré, ou lorsqu'il exerce une rétorsion, il confirme la destruction. Un adulte qui résiste garde ses propres préoccupations, ne laisse pas ses angoisses envahir la scène.

Si l'objet résiste, si l'environnement résiste suffisamment à la destructivité du comportement antisocial, il pourra alors avoir accès au *désespoir*. En effet, derrière la quête incessante de l'objet perdu, quête sous-tendue par l'espoir de le retrouver vivant, entier (espoir souvent répétitivement déçu), il y a toujours un profond noyau de désespoir. Par le maintien et l'entretien d'une relation d'objet tyrannique, le sujet se défend d'une expérience de désespoir, car c'est un désespoir traumatique, agonistique (à l'image de l'expérience du bébé anorexique avec sa mère robot).

On pourrait aussi faire appel à la notion de *contrat masochiste*, tel que l'a exploré Gilles Deleuze (1967), et qui concerne un sujet confronté à une imago froide, cruelle, indifférente, cruellement indifférente, une mère à la « sentimentalité congelée ». Deleuze fait l'hypothèse que le masochiste lui aussi cherche, derrière le bourreau froid et cruel, la mère dont la sentimentalité a été congelée (et est protégée par la fourrure ou le cuir, etc.). Un tel sujet se trouve contraint d'aller jusqu'à mettre sa vie entre les mains de l'autre (représentant cette mère froide) pour vérifier qu'il existe dans le désir de cet autre, que cet autre ne va pas réaliser un désir meurtrier à son égard.

En même temps qu'il fait l'expérience du démenti de sa propre annihilation dans le désir de l'autre, le masochiste fait aussi l'expérience du démenti de sa propre destruction de l'objet (on retrouve ainsi la logique de la tendance antisociale) (Roussillon, 1999a). En effet, on peut penser que l'indifférence de la mère peut être vécue par l'enfant comme une non-résistance de la mère à la destructivité de l'enfant. Par ailleurs, se donner à l'autre, se mettre dans la situation extrême de mettre sa vie en jeu pour l'autre a aussi comme objectif,

ou comme effet, de faire naître chez l'autre la conviction de l'absence chez le sujet d'intentions hostiles, meurtrières à son égard.

Observation 2

Une mère souffre du comportement tyrannique de sa fille qui la provoque sans cesse, l'épuise, la pousse à bout jusqu'à se faire battre, répétitivement. Cette mère a donc un comportement violent, sadique avec sa fille à qui elle impose par ailleurs des exigences éducatives très rigides, cruelles.

Cette mère, qui a souffert d'un manque affectif de la part de sa propre mère qui est décédée et dont elle n'a pas pu faire le deuil, n'a jamais d'expression de tendresse envers son enfant. Elle ne sait pas faire, elle ne peut pas le faire, dit-elle. Exprimer la tendresse, dire à son enfant qu'elle l'aime, c'est pour cette mère prendre contact avec son propre manque, avec l'expérience interne que l'amour d'une mère peut manquer, ce qui est trop douloureux et insupportable pour elle.

Ce que demande la mère à l'enfant, c'est : « Ne me montre pas que ma mère me manque », donc : « Ne sois pas en demande d'amour envers moi ». Cela est évidemment une exigence qui écrase la personnalité de l'enfant, qui produit chez l'enfant un sentiment persécutoire et coupable d'être mauvais, foncièrement mauvais, de ne pouvoir créer qu'une mère hostile ou indifférente.

Aussi, lorsque l'enfant provoque, lorsqu'il se fait battre, il pousse sa mère jusqu'au bout, car il ne sait pas ce qu'il y a au bout. Derrière l'attitude froide, exigeante, indifférente de la mère, y a-t-il une « sentimentalité congelée » (comme chez le bourreau du masochiste) ? L'enfant n'a pas suffisamment fait l'expérience qu'au fond de la mère il n'y a pas de la haine à son égard. Il pousse à bout pour se convaincre de l'absence de désir de mort, pour faire l'expérience qu'au bout du compte le parent ne va pas le tuer.

On peut donc dire que l'enfant qui pousse à bout cherche, par son comportement tyrannique et omnipotent, à *retrouver l'objet aimé*, la mère aimante qu'il a perdue. Si l'environnement ne résiste pas à la destructivité de l'enfant, il confirme la perte et conduit l'enfant à répéter des comportements de destructivité, pour échapper à l'éprouvé de désespoir agonistique, pour échapper à l'éprouvé d'annihilation.

Parallèlement à cette quête de l'objet, l'enfant cherche aussi à *soulager la culpabilité* issue du sentiment d'avoir lui-même détruit l'objet ou d'avoir lui-même produit la haine. Les parents des enfants tyranniques disent toujours que l'enfant cherche la fessée. Il recherche la fessée car il cherche à soulager un sentiment de culpabilité, un

sentiment inconscient de culpabilité. On est là dans la logique masochiste que j'évoquais à l'instant. Comme disent Freud (1916a) et Klein (1927), à propos du « criminel par sentiment de culpabilité », le criminel ne se sent pas coupable parce qu'il a commis un crime ; il commet un crime parce qu'il se sent coupable, pour apaiser un sentiment inconscient de culpabilité (on pourrait dire aussi : pour donner une forme et une raison à ce sentiment inconscient de culpabilité). De la même façon, l'enfant ne se sent pas coupable parce qu'il s'est fait punir, il se fait punir *parce qu'*il se sent coupable. La punition apaise la culpabilité. L'expérience de perte de l'objet confirme son sentiment de culpabilité d'avoir détruit l'objet qu'il aime. *Perdre son objet pousse l'enfant à se faire punir par son objet perdu.*

Cette quête de l'objet perdu et ce besoin de punition sont par ailleurs infiltrés de *jouissance*. La jouissance provient d'abord du sentiment de triomphe sur l'objet que développe le sujet, l'enfant. Les parents s'étonnent toujours, par exemple, que leur enfant, très perturbateur en classe, se mettant toujours au centre de l'attention du groupe et des adultes du fait de ses transgressions et de ses actes provocateurs, ne manifeste aucune réaction (de culpabilité, de remords, de honte) aux punitions qu'il accumule, même s'il en comprend la légitimité et s'il est d'accord avec les sanctions. Si la quête de l'objet perdu et le besoin de punition (pour avoir détruit l'objet perdu) peuvent conduire à provoquer et à transgresser répétitivement, on peut dire aussi que la jouissance immédiate de triompher de l'objet, d'être au centre de l'attention et de l'intérêt, est parfois plus forte que la crainte de perdre à nouveau (par la punition).

La jouissance provient du triomphe, mais elle concerne aussi tout particulièrement le sentiment de vengeance qu'éprouve le sujet, l'enfant, devant le désarroi de l'objet et du fait de la tyrannie qu'il lui impose et qui le met à l'épreuve.

La violence, l'hostilité vengeresse adressée à l'objet, peut aussi être retournée contre soi, et la jouissance être plus forte que l'angoisse ou la détresse que génère la destructivité – angoisse et détresse qui en même temps sont à l'origine de la destructivité.

Le lien tyrannique, s'il se déploie sur fond de dépression, de perte, voire de dépression et de perte primaires, comme dans tous les contextes de psychopathologie limite, est toujours fortement coloré d'*analité*, de jouissance anale. Les caractéristiques anales du monde tyrannique sont remarquablement mises en évidence par Meltzer (1992), lorsqu'il décrit le monde (interne) dans lequel vit le tyran, ou dans lequel vivent les parties tyranniques du soi. Meltzer développe la figuration du « claustrum », qui représente un objet interne – dont

le prototype est le corps maternel – pénétré par identification intrusive par le moi cherchant un refuge pour échapper aux angoisses dépressives et aux éprouvés de terreur (la masturbation anale, sous ses différentes formes cryptiques, joue un rôle déterminant dans la réalisation de ce fantasme). La mentalité du claustrum est caractérisée par l'imposture et l'omnipotence. La vie à l'intérieur de cet objet interne, et en particulier dans l'un de ses compartiments, le compartiment rectal, génère les processus violents, destructeurs, sadiques propres au sadomasochisme et à la tyrannie-et-soumission. Il y règne une mentalité de groupe au sens de Bion (1961), avec une organisation en tribu ou en gang, dans laquelle le moi se soumet d'une manière addictive au bon vouloir d'un objet malveillant et se place sous sa protection.

Meltzer donne là une conception tout à fait saisissante du monde interne dans lequel se déploie l'omnipotence, et des zones de ce monde qui hébergent plus particulièrement les parties du soi tyranniques, cruelles, destructrices. Nous retrouverons ces éléments chez les enfants qui poussent à bout, à travers les particularités de leurs comportements tyranniques, violents et destructeurs.

3.3. Résistance devant l'héritage imposé par le parent

Nombre de configurations, en particulier celle de l'enfant tyrannique et violent, mais aussi nombre d'autres contextes limites peuvent s'appréhender du point de vue des enjeux mobilisés par l'héritage imposé par les parents, et de la manière dont l'enfant va débattre avec cet héritage, va résister devant l'héritage (Ciccone, 1999, 2003a).

3.3.1. Besoins infantiles des parents

Cet héritage est constitué par les besoins infantiles des parents : besoins infantiles qui n'ont pas été suffisamment reconnus, pris en compte, traités dans l'histoire infantile des parents, et dans leur histoire actuelle ; ou bien besoins infantiles qui ont été particulièrement réveillés, réchauffés, à l'occasion d'événements traumatiques. Ces besoins vont infiltrer le lien parents-enfant, et l'enfant va ainsi en hériter, dans sa mission réparatrice, un parent demandant par exemple à l'enfant, comme on l'a vu plus haut, d'être une mère pour lui.

Il est évident que la façon dont le parent va présenter la réalité, va énoncer les interdits, va poser les limites, etc. sera tributaire du niveau de sa propre demande de réparation de ses expériences infantiles. Plus le parent agira en réponse à l'enfant qu'il a été et non en réponse aux besoins de l'enfant réel, plus il sera en difficulté devant

l'enfant réel. On verra alors, par exemple, un parent qui ne peut pas mettre de limites, ou qui ne met des limites que d'une façon cruelle en sortant lui-même de ses limites, tellement il en veut à l'enfant de le mettre en difficulté, d'attaquer son sentiment d'être un bon parent, de ne pas lui faire vivre qu'il est un bon parent, de ne pas réparer son expérience infantile d'échec.

3.3.2. Fantasmes des parents

L'enfant va hériter non seulement des besoins infantiles des parents, mais aussi des fantasmes construits par les parents, en particulier à partir de leurs expériences traumatiques infantiles. L'enfant va débattre avec cet héritage. Il va résister devant l'héritage des besoins infantiles des parents, mais, dans le même temps, il s'inscrira dans un scénario fantasmatique parental, dans un fantasme qui appartient aux parents et que ceux-ci indiquent et transmettent.

En effet, l'histoire des parents, notamment l'histoire de leurs expériences traumatiques, organise des fantasmes qui vont colorer les liens, les relations établies par les parents, entre les parents, entre les parents et leurs enfants, etc. Ces fantasmes seront transmis à l'enfant, à qui il sera demandé, inconsciemment, d'occuper une place dans le scénario fantasmatique. Ces fantasmes vont influencer le développement de l'enfant, de sa personnalité. On peut assez facilement observer de tels effets de transmission entre un parent et un jeune enfant, un bébé, à l'occasion des interactions, des échanges interactifs. Ainsi, la façon dont un parent se plaint d'un comportement d'un enfant va induire le comportement craint, pour satisfaire des exigences fantasmatiques.

Le fantasme inconscient se transmet par le discours non verbal et tout particulièrement lorsque le message non verbal vient contredire le message verbal. On est là dans ce qu'on appelle la communication paradoxale. On peut facilement observer les indices de messages paradoxaux, et notamment la façon dont un comportement pathologique d'un enfant est induit par le parent. Un parent demande une chose à son enfant, par le discours verbal et conscient, et, par son discours non verbal et inconscient, lui demande autre chose. Soit l'enfant est sidéré par le message paradoxal, soit il répond préférentiellement à la demande inconsciente : il y répond directement ou bien à travers la production d'un symptôme.

Les symptômes développés par un enfant peuvent ainsi souvent s'envisager comme le témoin d'une transmission, mais aussi comme le témoin de la façon dont l'enfant lutte contre l'héritage transmis, se débat avec l'héritage, avec le fantasme transmis. Les symptômes

témoignent de la manière dont l'enfant s'approprie l'héritage. On peut dire que les symptômes de l'enfant témoignent à la fois de sa mission et de son échec. Par ses symptômes, l'enfant répond aux attentes parentales en même temps qu'il les dénonce. L'enfant proteste contre les besoins narcissiques infantiles parentaux, et en même temps prend place dans le scénario fantasmatique parental partagé. De tels enjeux sont le fait de nombreux symptômes.

3.4. Limite interne à la pulsionnalité

Une autre perspective pour appréhender le lien tyrannique, violent et destructeur chez l'enfant et l'adolescent concerne la question de la limite interne à la pulsionnalité.

La contenance de la pulsionnalité, et donc le renoncement à la destructivité, à la violence, à la tyrannie, s'opère grâce à l'éprouvé d'un sentiment particulier : le sentiment de *culpabilité*. Celui-ci suppose l'intériorisation, l'intégration d'une instance : le *surmoi*. Cette question rejoint ainsi celle de l'organisation d'une position dépressive. La fonctionnalité du surmoi post-œdipien, organisateur, régulateur, suppose l'intégration d'expériences archaïques, primitives qui jalonnent et constituent l'histoire du processus de construction du surmoi. L'observation des bébés donne des indices de l'intégration précoce du surmoi, et renseigne sur les modalités du rôle fondamental que joue l'environnement, ou qu'il devrait jouer, dans ce travail psychique intra- et intersubjectif.

Voici une observation de bébé qui peut éclairer cette question et donner un modèle du travail de l'environnement.

Observation 3

Le bébé a 5 mois. La séquence se déroule pendant un change : le bébé est sur la table à langer et il a un échange ludique avec la mère qui a son visage très proche de lui. Brusquement, le bébé lance ses mains et attaque le visage maternel (il griffe, attrape le nez de sa mère, se saisit des cheveux) ; la mère prend les mains du bébé et dit « Non, caresse comme cela ! », en caressant ses joues avec les mains du bébé. Le bébé est étonné, regarde intensément la mère, reproduit ses attaques ; la mère répète sa réponse ; puis le bébé caresse le visage maternel et rit, jubile, etc. À un moment, la mère s'éloigne pour se saisir d'un objet, et le bébé suit son mouvement du regard ; puis on voit le bébé lancer une main au-devant de lui et attraper cette main avec l'autre, semblant réaliser un mouvement dans lequel une main retient l'autre qui se jette en avant – tout cela en vocalisant.

On observe là une mère qui transforme l'attaque du bébé en un contact tendre, qui aide le bébé à réaliser une intégration pulsionnelle, à lier l'agressivité, à lier la haine à l'amour, etc. Et la mère a pu le faire parce qu'elle n'a pas été détruite par l'attaque du bébé. Tout se serait passé autrement si la mère avait été agacée, si elle avait dit : « Arrête de me griffer comme ça ! », ou bien : « Qu'est-ce que tu es méchant avec maman ! » La mère a transformé la destructivité parce qu'elle a résisté à la destructivité, et le bébé a ainsi pu intérioriser, ou montrer un début d'intériorisation de cette fonction transformatrice qui est d'abord une fonction limitante. La main qui retient traduit l'intériorisation du parent qui contient le bébé, du surmoi qui contient la pulsionnalité. Un surmoi qui contient, qui limite, est d'abord un surmoi qui retient. C'est ensuite un surmoi qui transforme.

On voit donc le rôle essentiel de l'environnement pour que l'enfant puisse intégrer la limite. On peut souligner d'abord combien une attitude ferme et sans hostilité, sans cruauté, peut être rassurante et faire vivre à l'enfant une expérience selon laquelle sa destructivité n'a pas détruit et peut donc être contenue et transformée.

On peut voir aussi combien une telle attitude favorise la symbolisation. Maguy Monmayrant et Marie-Blanche Lacroix (1995), par exemple, ont mis en évidence les filières destructrices dans le comportement d'un bébé dès le deuxième semestre (dès 6 ou 7 mois), et la manière dont, tout au long de cette filière destructrice, le bébé passe de l'agir au symbolisé dans le jeu, avec, entre les deux, l'attitude ferme du parent, sans aucune nuance de rejet ni de rétorsion.

Geneviève Haag (1999) souligne très bien la triple action du parent, dans le deuxième semestre de la première année, face à la pulsionnalité destructrice du bébé :

- la première action consiste à *limiter* la destructivité en imposant la limite de la peau (interdiction d'effracter la peau, d'arracher les cheveux, de pénétrer dans l'œil, etc. – des explorations peuvent être permises dans certaines limites, comme l'exploration de la cavité buccale qui intéresse beaucoup les bébés) ;
- la deuxième action consiste à *transformer* une pulsion destructrice, comme on l'a vu avec l'exemple donné plus haut ;
- la troisième action consiste à *théâtraliser* la violence pulsionnelle dont l'agir est destructeur mais dont le fantasme est permis (jeu du lion, jeu de la mère qui joue à dévorer le bébé, etc.). La théâtralisation est une activité de symbolisation. Elle soutient le bébé dans le développement de son théâtre interne à travers les activités de symbolisation.

3.5. Violence

Lorsque l'objet échoue, lorsque cette fonction intégratrice est en faillite, lorsque la transmission d'un surmoi secourable fait défaut, c'est alors la voie de la violence qui s'ouvre. Les enfants violents, qui font partie des enfants qui poussent à bout et des enfants « limites » ou borderline, n'ont pas pu profiter d'un travail de transformation de leur destructivité, ou pas suffisamment.

La destructivité non transformée et débordante a des effets de confusion qui s'accompagnent d'un débordement émotionnel, ou d'un éprouvé d'effondrement de soi, de chute. Cela crée une situation intolérable qui poussera le bébé à utiliser n'importe quelle manœuvre pour fuir la confusion et la chute, ou bien à augmenter, entretenir, nourrir la destructivité. Le déferlement destructeur a alors paradoxalement pour fonction de trouver une issue à la confusion et au débordement émotionnel qu'il crée lui-même. Chez l'enfant plus âgé, cette destructivité peut prendre la forme d'un agir violent ; celui-ci propage les émotions débordantes, projette la confusion.

Par ailleurs, si la pulsionnalité et l'émotionnalité débordantes, non contenues et non transformées conduisent l'enfant à l'agir violent pour échapper à la confusion et à la chute menaçant au-dedans, on peut dire aussi que l'enfant va chercher la contenance *par* la violence.

L'enfant, par exemple, cherche alors à s'accrocher d'une main et à détruire de l'autre. On peut facilement faire l'expérience de tenir fermement un enfant qui vient d'agir violemment, et le voir s'agiter, hurler pour qu'on le lâche, et en même temps s'installer contre soi, s'accrocher à soi, se cramponner. L'agir violent est une manière de mettre fin à un débordement émotionnel, d'éviter un vécu de chute dans une agonie primitive, mais aussi de *trouver au-dehors une contenance défaillante au-dedans.*

Observation 4

Un enfant, dans un hôpital de jour, qui était très violent, avec des explosions imprévisibles, disait à son infirmier lorsqu'il sentait venir la violence : « Tiens-moi. Et si je te dis de me lâcher tu ne me lâches pas. » Il demandait de l'aide pour contenir sa destructivité et disait aussi par exemple : « Mets-toi loin, parce que j'ai peur de te taper. » Ou alors : « Laisse-moi te taper une fois, comme ça je pourrai après rester sans te taper. »

L'infirmier lui répondait : « Non, mais tu peux taper sur ma main comme si on passait un contrat pour ne pas taper », réponse qui représentait une belle tentative de transformation.

Les enfants violents sont en quête d'un réceptacle, un contenant, un conteneur, pour leurs éprouvés de terreur et de désespoir, effets de la faillite de l'environnement à recevoir leurs projections primitives, ce qui a exacerbé une rage destructrice et tyrannique, qui cherche une issue à la confusion et au désespoir mais qui en produit elle-même.

La violence est toujours déclenchée par des situations provoquant des blessures narcissiques, parfois minimes pour l'observateur, mais qui sont essentielles pour l'enfant. Celles-ci peuvent générer des angoisses persécutoires confusionnantes (concernant en particulier le regard : le regard de l'autre peut être très intrusif et persécuteur pour certains enfants). La jalousie, la rivalité sont aussi très dévastatrices pour ces enfants, pour qui le groupe est parfois un lieu de souffrance intolérable. Enfin, un des effets de la blessure narcissique fondamentale et qui déclenche la violence est l'envie, l'envie destructrice qui se traduit par des explosions de rage, de cruauté. Les enfants violents sont envieux des qualités dont ils ont manqué – qualités d'investissement, d'attention, de compréhension, de contenance, etc. – et qu'ils essaient de s'approprier de façon prédatrice.

On peut dire que la violence, chez l'enfant comme chez l'adolescent, contiendra et traitera l'ensemble de ces enjeux dont j'ai essayé de rendre compte : effets des blessures narcissiques fondamentales, omnipotence, jouissance sadique et tyrannique du triomphe et de la vengeance, héritages narcissiques et fantasmatiques, et rapport aux imagos, effets de l'incestualité.

4. Logiques névrotiques chez l'enfant et l'adolescent

4.1. Névrose ou trouble névrotique ?

Certains auteurs considèrent qu'il est difficile de parler de névrose chez l'enfant, voire chez l'adolescent, car les conditions d'une structuration névrotique se déploient pendant l'enfance, et l'adolescence représente le moment privilégié de constitution de la névrose adulte. La résolution de l'Œdipe serait même la tâche essentielle de l'adolescence (plus exactement la résolution de la phase homosexuelle de l'Œdipe [Blos, 1985]) ; on ne pourrait ainsi véritablement parler de névrose qu'à l'âge adulte (voir, par exemple, Ladame, 1981). D'autres sont plus nuancés (Marcelli et Braconnier, 2004), même s'ils reconnaissent, par exemple, que les états névrotiques chez l'adolescent peuvent évoluer vers la névrose, mais aussi vers la psychose ou la psychopathie (ce qui rapproche, comme je le disais plus haut, les logiques du fonctionnement psychique adolescent des logiques borderline).

Devant ces précautions, on parlera de « trouble névrotique » chez l'enfant et l'adolescent, voire d'« aménagement névrotique », plutôt que de névrose. On différenciera la « névrose infantile », construction prise comme modèle du développement psychique, et la névrose chez l'enfant comme psychopathologie clinique (voir Marcelli, 1999).

Ces hésitations à parler de névrose sont pertinentes dans un mode de pensée structuraliste de la psychopathologie. La structure névrotique achevée suppose une complexification, des résolutions auxquelles n'ont pu accéder pleinement l'enfant et l'adolescent. Mais il faudrait faire preuve de la même prudence pour les autres contextes psychopathologiques, à moins de considérer qu'une psychose infantile, par exemple, peut se structurer pleinement et définitivement lors de l'enfance.

Le modèle que je privilégie des « positions psychiques », et de l'oscillation d'une position à une autre dans chacun des états psychopathologiques comme dans chacune des phases de développement, est davantage compatible avec les termes de névrose, comme de psychose et autres, dans la mesure où il ne considère pas les états psychopathologiques comme relevant d'une structure fixe et immuable. Un tel modèle suppose la coexistence dans une même personnalité de processus et d'aspects divers, appartenant à des logiques pathologiques éventuellement différentes, et interagissant les uns avec les autres. Les états psychopathologiques ne sont pas figés ; leur organisation est provisoire et sujette à diverses variations (même si l'on peut concevoir l'existence d'un certain invariant dans ces variations, invariant qui correspondait peut-être alors à ce que l'on nomme structure). Une telle conception permet de conserver les termes de névrose comme de psychose, appliqués à l'enfant et à l'adolescent.

Cela dit, comme je l'ai souligné dans l'introduction de cette section, l'enfant est en constante évolution, et son développement suppose le recours à des processus dont les caractéristiques intrinsèques varient peu lorsque ces mêmes processus font partie d'un tableau psychopathologique. Il est donc toujours difficile d'affirmer une psychopathologie chez l'enfant, aussi bien névrotique que psychotique ou borderline, même si l'organisation œdipienne caractéristique de la névrose est effectivement plus tardive dans le développement que celles qui président d'autres organisations.

4.2. Névrose et position dépressive

La logique de la névrose est donc celle de l'organisation œdipienne, avec des angoisses de castration (perdre la toute-puissance phalli-

que), de rétorsion (être puni pour un désir coupable ou transgressif). La souffrance provient de l'accès à l'ambivalence (l'objet d'amour peut être objet de haine) et du sentiment de culpabilité que l'ambivalence produit. Cette organisation est le fruit du déploiement de la position dépressive. Cette souffrance sera en particulier activée par les expériences de rivalité, de jalousie, d'exclusion. Les affects et représentations indésirables seront traités par le refoulement et ses dérivés. Les symptômes névrotiques seront considérés comme des effets du retour du refoulé.

4.3. Intériorisation de la conflictualité

La névrose est apparemment caractérisée par une intériorisation de la conflictualité. La conflictualité est traitée par le sujet, au-dedans du sujet. Une telle conception s'accorde, par exemple, avec le point de vue étiologique développé progressivement par Freud tout au long de son œuvre. Au début de ses travaux, l'étiologie de la névrose est attribuée par Freud à une action extérieure, une séduction par un agent extérieur exercée sur le sujet dans son enfance – l'hystérique aurait subi passivement cette séduction, alors que l'obsessionnel aurait été actif (voir, par exemple, Freud, 1896b). Plus tard, il considère la névrose comme découlant de la nature même de la sexualité de l'enfant, les conflits engendrant la névrose ayant lieu entre les tendances sexuelles infantiles et le monde extérieur (voir, par exemple, Freud, 1908a, 1909a). Puis Freud envisage le conflit interne comme base pour le développement de la névrose – conflit entre amour et haine (voir, par exemple, Freud, 1909b), voire conflit entre pulsions de vie et pulsions de mort (Freud, 1920). La réalité psychique et le fantasme prennent une place de plus en plus importante dans cette théorie causaliste, en même temps que se déplace le lieu topique du conflit névrotique, autrement dit que s'intériorise le conflit dans la théorie elle-même.

J'ai écrit plus haut que la névrose est « apparemment » caractérisée par une intériorisation du conflit, car cette situation représente en fait plutôt un état « normal », une « névrose réussie » pourrait-on dire. En réalité, la pathologie névrotique témoigne davantage d'un échec de cette intériorisation. La souffrance due à la dépendance névrotique à l'égard des objets internes s'accompagne d'une externalisation, pour partie, du conflit. Le monde externe est en effet en partie concerné, et les désorganisations antérieures, narcissiques, qui supposaient justement une telle externalisation, restent liées aux souffrances œdipiennes. Les problématiques narcissiques et œdipiennes interagissent, s'entremêlent toujours.

Par exemple, la névrose obsessionnelle montre, par le recours à l'acte compulsif et obsédant, l'échec du travail psychique d'intériorisation. Le besoin de maîtrise provient du fait que la pensée est empêchée par le débordement émotionnel, ou l'emballement du désir (incestueux, anal, destructeur). Le sujet peut par ailleurs avoir besoin de vérifier en permanence la différenciation d'avec l'objet. Le symptôme maintient alors un lien à l'objet, tout en garantissant une limite.

Autre exemple : la névrose phobique repose sur un déplacement mais aussi une projection au-dehors d'un objet ou d'une partie d'objet mauvaise, persécutrice, et va justifier les conduites d'évitement de l'objet réceptacle. L'on peut par ailleurs considérer l'objet phobique comme un vestige de l'objet primaire, dont le lien a été réaménagé autour des organisateurs œdipiens que représentent l'intégration de la différence des sexes et l'intégration de la différence des générations.

Autrement dit, même dans les états névrotiques œuvrent des processus psychotiques, limites. Rappelons que l'une des définitions les plus complètes données par Freud du refoulement – processus typiquement névrotique – l'a été à propos de la psychose, dans son étude de la paranoïa de Schreber (Freud, 1911b), ce qui est tout à fait remarquable (même si, bien entendu, on ne peut pas réduire un concept à l'une de ses figures dans l'histoire de sa construction). Rappelons aussi, par exemple, la description que certains ont pu donner des processus d'identification projective et du travail de l'identification projective dans l'hystérie (Bégoin-Guignard et Fain, 1984 ; Ciccone, 1999). Coexistent donc dans une même personnalité, comme disait Bion (1957) et comme d'autres le soutiennent, des aspects différents, des parties psychotiques voire autistiques et des parties non psychotiques, névrotiques.

4.4. Délimitation de la conflictualité

Les aspects névrotiques soutiennent une intériorisation de la conflictualité, mais aussi une localisation. Les symptômes névrotiques délimitent, circonscrivent une zone de souffrance au-delà de laquelle le moi reste suffisamment libre et autonome. Tant que la zone conflictuelle est évitée (la situation phobogène, par exemple), le sujet peut vivre d'une manière relativement adaptée. Cet état caractérise la névrose. L'angoisse, la douleur sont par exemple beaucoup plus envahissantes dans les états borderline, et échouent à être circonscrites par un symptôme. Le symptôme névrotique localise la douleur, délimite la zone traumatique, isole la conflictualité. Mais si le symp-

tôme névrotique augmente son champ d'influence, si le comportement pathologique prend une place de plus en plus conséquente, il s'ensuit une focalisation qui produit un enfermement. Ce qui devait délivrer le sujet devient un piège. Là se situe la véritable pathologie dans la névrose.

On peut observer cela, par exemple, chez l'adolescent dont le trouble du comportement devient chronique (Jeammet, 1991 ; Corcos *et al.*, 2004 ; Jeammet et Corcos, 2005). Le comportement qui avait pour fonction d'aménager la dépendance à l'objet finit par occuper la place de l'objet de dépendance, le sujet développant à l'égard de ce comportement une relation véritablement toxicomaniaque, aliénante.

5. Logiques des solutions psychosomatiques et comportementales chez l'enfant et l'adolescent

5.1. Psychosomatique et hystérie – Discussion

Quelles différences peut-on établir entre symptômes psychosomatiques et symptômes hystériques, chez l'enfant ou l'adolescent comme chez l'adulte ?

En général, la somatisation hystérique, appelée « conversion », est caractérisée par l'intégrité de l'organe. Celui-ci n'est atteint ni dans son anatomie ni dans sa physiologie. Dans le trouble psychosomatique, la maladie est par contre réelle, concrète. Cependant, comme le dit Freud à l'occasion de la description d'un cas d'hystérie (Freud et Breuer, 1895b), la névrose peut s'emparer d'une maladie somatique. Une maladie somatique déjà présente, un point de fragilité corporelle peuvent offrir une voie aux processus de conversion hystérique. Nous sommes là à la limite de la logique psychosomatique.

Classiquement (Marty *et al.*, 1953 ; Marty, 1976, 1980), il est dit que le trouble hystérique est l'expression d'un conflit, alors que le trouble psychosomatique est la conséquence somatique d'affects et de pulsions réprimés. Si le corps est pour l'hystérique un instrument, il est pour le malade psychosomatique une victime. L'hystérique parle avec son corps, le psychosomatique souffre dans son corps. Mais la nuance est parfois légère, et les deux champs se recouvrent.

Classiquement encore, l'hystérique est décrite comme présentant une richesse de la pensée, des associations verbales, de la vie fantasmatique. Le malade psychosomatique, lui, est dominé par un fonctionnement opératoire (Marty, 1976). Il ne mentalise pas ou très peu. Il est peu en contact avec sa vie affective, émotionnelle, il pense

peu. Un tel sujet donne souvent l'impression d'une adaptation sociale correcte, sans symptômes particulièrement névrotiques ou psychotiques. L'écart par rapport à la norme paraît exclusivement lié aux anomalies somatiques.

La « pensée opératoire » se caractérise par une absence de liberté fantasmatique, une pauvreté des échanges interpersonnels, un dessèchement de l'expression verbale. Les affects et les émotions ne sont pas pensés, mais rapidement véhiculés dans la voie somatique. Les anomalies de la relation humaine sont dues à un mode opératoire de pensée. La pensée est comme une suite d'opérations collées à la matérialité des événements. Le psychosomatique répond aux agressions ou aux traumatismes de la vie en développant des maladies organiques, comme si son appareil psychique était anesthésié et incapable d'élaborer mentalement, de ressentir des affects et de réagir par le comportement.

Par ailleurs, derrière ce fonctionnement psychosomatique, est décrite ce que les psychosomaticiens appellent la « dépression essentielle » (Marty). Il s'agit d'une dépression dite essentielle car sans symptomatologie. La dépression est réduite à son essence même : l'abaissement du tonus des instincts, pulsions ou mouvements de vie. La dépression essentielle s'exprime par un fonctionnement de type opératoire. Les activités extérieures sont engagées dans la pure matérialité du factuel. Elles sont mécanisées, dévitalisées, automatisées. Le comportement n'est adapté qu'en apparence.

Enfin, on peut faire une comparaison entre le fonctionnement psychosomatique et le fonctionnement psychotique (voir McDougall, 1989). Si l'on conçoit la pensée du psychotique comme une « inflation délirante » de l'usage de la parole, dans le but de remplir des espaces de vide terrifiant, on peut dire que les processus de pensée des somatisants cherchent, eux, à vider la parole de sa signification affective. Dans les états psychosomatiques, c'est le corps qui se comporte de façon délirante. Il « surfonctionne » ou bien il inhibe des fonctions somatiques normales, et cela d'une manière insensée sur le plan physiologique. Certains ont souligné les logiques psychotiques (Resnik, 1973, 1986, 1999 ; Rosenfeld, 1992), voire autistiques (Tustin, 1972, 1981, 1985b ; Taylor, 1987 ; Rosenfeld, 1992), dans certains troubles psychosomatiques.

5.2. Solutions comportementales

Tout ce que j'ai développé ci-dessus concernant les logiques des processus limites, des liens tyranniques et de la violence pourrait être

redit ici pour comprendre les logiques des solutions comportementales à la douleur psychique.

Comme le disent Philippe Jeammet et Maurice Corcos (2005) à propos de l'adolescence – mais cela concerne toutes les solutions comportementales chez tout enfant et chez tout un chacun –, l'investissement de la motricité, qui soutient le recours à l'agir, est un contre-investissement d'une réalité interne troublée, fragilisée, anxiogène, désorganisatrice. On peut dire aussi que le comportement et la motricité sont des voies d'évacuation d'expériences émotionnelles insupportables, que le sujet ne peut contenir et transformer, auxquelles il ne peut « faire face » (pour reprendre le titre d'un ouvrage clinique sur les troubles de l'adolescence : *Faire face* [Anderson *et al.*, 1998]). Il en est de même des voies somatiques, et des voies hallucinatoires, pourrait-on dire, autres voies d'évacuation de la vie émotionnelle, lorsque celle-ci est traitée sans pensées.

Les troubles du comportement et les pathologies de l'agir peuvent, par ailleurs, être considérés comme des aménagements de la dépendance (Jeammet et Corcos, 2005), nous l'avons déjà vu. L'agir se substitue au travail psychique, en partie lorsque les objets externes sont sentis comme davantage maîtrisables, contrôlables que les relations aux objets internes.

Les solutions comportementales, en particulier chez l'adolescent, s'accompagnent fréquemment de violence. J'ai déjà exploré et décrit ci-dessus les logiques et la genèse de la violence. La quête de l'objet, la lutte contre les projections parentales, la recherche au-dehors d'un éprouvé de limite défaillant au-dedans, la menace narcissique, la défense du sentiment d'identité, pourrait-on dire, généreront la violence. Lorsque celle-ci est retournée contre soi, elle a entre autres pour fonction de soutenir chez le sujet un sentiment d'être, et d'apaiser l'angoisse. La violence, et les rétorsions qu'elle suppose, traite également la culpabilité mobilisée par la perte de l'objet et sa quête incessante. On peut dire aussi que le désir et le besoin de l'objet accentuent la dépendance, pouvant donner au sujet un sentiment d'être aspiré par l'objet ou envahi par lui, ou plutôt par son fantôme, et la violence projette ces émotions débordantes, et supporte les éprouvés de jouissance et de vengeance destructrice.

La violence, enfin, est d'autant plus forte que les besoins d'attachement et l'insécurité sont menaçants ou persécuteurs intérieurement, et que la garantie narcissique n'a pas été suffisamment assurée par l'environnement, à travers tout le jeu des échanges, des accordages, des interrelations intersubjectives précoces et moins précoces déjà envisagées plus haut.

5.3. Investigations cliniques des psychopathologies du somatique et du comportement chez l'enfant et l'adolescent. Exemple des troubles du sommeil

L'investigation des troubles psychopathologiques du somatique ou du comportement différera peu de l'investigation de toute situation psychopathologique. Les difficultés ne se résument pas au symptôme, au trouble de la conduite ou de la fonction que celui-ci engage, et ne concernent pas la seule expression de cette conduite ou de cette fonction. Un trouble alimentaire chez le bébé ou chez l'adolescent ne se réduit pas à une perturbation dans la seule expérience de l'alimentation, ou dans les seules interactions avec l'environnement concernant le nourrissage. Si la conflictualité est circonscrite par un contexte particulier, elle le déborde largement, et l'investigation devra opérer dans un champ beaucoup plus large que le seul champ du symptôme. On peut même presque dire qu'elle devra éviter, ou ne pas trop focaliser sur, le champ du symptôme. Une telle focalisation, en effet, risque de persécuter l'enfant, l'adolescent ou la famille qui souffre de ce symptôme et de ne pas pouvoir le dépasser, et risque d'ajouter une disqualification à cette expérience de souffrance, préjudiciable à la mise en place des conditions du soin psychique. Cela dit, l'exploration tiendra évidemment compte de la particularité du symptôme, des conditions de son déploiement, et cherchera à comprendre le type d'angoisse, de conflictualité, de fantasme que celui-ci circonscrit, répète voire symbolise.

Prenons l'exemple des troubles du sommeil chez le jeune enfant (Ciccone, 1998c), motif fréquent de consultation. Le trouble du sommeil ne se réduit pas à ce qui se passe le soir ou au moment du coucher entre les parents et l'enfant, même si c'est à ce moment-là que la difficulté est la plus forte, la tension la plus explosive.

5.3.1. Angoisse de séparation

Devant un trouble du sommeil chez un jeune enfant ou un bébé, l'exploration visera d'abord les angoisses éventuelles de séparation, les vécus de perte, les conditions de la symbolisation du manque, chez l'enfant mais aussi chez les parents. S'endormir suppose de pouvoir se séparer sans trop d'angoisse, de pouvoir retrouver le monde des rêves sans trop de crainte, sans trop de menace pour le monde réel et les objets de l'entourage. Cela suppose de disposer, pour l'enfant comme pour les parents, de ressources suffisantes de symbolisation de la séparation, de la perte, du manque.

5.3.2. Relation d'objet tyrannique

L'investigation portera également sur la relation d'objet, et dégagera ses aspects de contrôle, de tyrannie. L'enfant insomniaque, comme l'enfant anorexique, instaure fréquemment une relation d'objet tyrannique, telle que nous l'avons vu plus haut, dans laquelle il triomphe de l'adulte, et qui se renverse souvent en triomphe cruel de l'adulte sur l'enfant.

5.3.3. Complaisance parentale

L'exploration portera encore sur l'éventuelle complaisance parentale face au symptôme, la manière dont le parent induit le symptôme. Le parent peut en effet inconsciemment transmettre à l'enfant une attente à son égard :

- attente de plaisir narcissique (du fait de la complétude éprouvée dans le corps à corps avec l'enfant qui ne peut s'endormir qu'avec lui), voire de plaisir érotique ;
- attente ou demande d'apaisement de la culpabilité (l'enfant qui rejoint le parent pour s'endormir contre lui transmet au parent qu'il l'aime, qu'il a besoin de lui, ce qui apaise chez le parent la culpabilité d'avoir été cruel pendant la journée du fait d'avoir réprimandé l'enfant, etc., et cet apaisement de la culpabilité peut permettre au parent de s'endormir, et garantir son propre sommeil).

5.3.4. Tendance antisociale

On pourra aussi explorer la dimension de « tendance antisociale » (Winnicott, 1956b) que contient le symptôme. L'enfant met à l'épreuve la parentalité, attaque les capacités parentales de soin, de maternage, de consolation ; il attaque et sépare le couple parental, et ces attaques peuvent être portées, dans la logique de la tendance antisociale, pour vérifier la survivance de l'objet, la survivance du couple que l'enfant cherche à séparer.

5.3.5. Interdits du fantasme, du rêve

L'investigation mettra également en évidence les éventuels « interdits du fantasme », « interdits du rêve » (Ciccone, 1998c), énoncés par l'environnement dans un objectif légitime de sécurité par appel à la réalité (le parent, par exemple, va convaincre un enfant qui ne peut s'endormir par peur de retrouver des loups, des monstres dans ses fantasmagories, que les loups, les monstres dans la chambre n'existent pas), mais qui ont un effet paradoxal de priver l'enfant des moyens de lutter contre l'angoisse, moyens représentés par l'imaginaire, le jeu, les expériences transitionnelles. Le parent transmet à l'enfant qu'il y a bien danger à imaginer, à rêver, et donc à dormir.

5.3.6. Complexes œdipiens parentaux actifs

Les complexes œdipiens parentaux seront également l'objet de l'observation clinique. L'enfant insomniaque, ou autre, peut rester captif des complexes œdipiens parentaux, identifié à un ancêtre objet de conflit, de haine. Le parent peut faire l'objet d'un « interdit de sexualité », d'un « interdit de parentalité » énoncé par un tel ancêtre (le parent du parent) qui disqualifie la parentalité du parent, interdits intériorisés inconsciemment par ce dernier. L'ambivalence œdipienne parentale est alors éventuellement projetée sur l'enfant. Le parent se retrouve, dans tous les cas, dans l'impossibilité de s'identifier à un parent « suffisamment bon », de faire vivre un couple parental créatif, de faire une place à l'autre membre du couple, etc.

5.3.7. Fantasmes parentaux transmis

L'investigation dégagera encore les fantasmes organisateurs de la famille, partagés par les membres de la famille, transmis ou indiqués par les parents. Dans les contextes de troubles du sommeil, ces fantasmes concernent tout particulièrement des fantasmes de mort, liés à – ou confirmés par – des histoires traumatiques du passé.

L'observation clinique portera également sur les télescopages entre les fantasmes parentaux et les fantasmes infantiles, et cela notamment pour les fantasmes œdipiens. L'insomnie peut, en effet, témoigner de la lutte inconsciente de l'enfant contre les bébés rivaux, contre la créativité parentale. Elle peut témoigner de l'envie et de la persécution que génèrent les représentations de la scène primitive.

5.3.8. Lien conjugal troublé

Seront enfin explorés les vicissitudes du lien parental, conjugal. L'insomnie de l'enfant est très souvent le témoin ou le révélateur d'un trouble dans le lien conjugal, et notamment dans la sexualité parentale, trouble qui peut conduire les parents à ne pas pouvoir endormir un enfant et à ne pas pouvoir retrouver une intimité conjugale.

5.3.9. Autres contextes psychopathologiques

On le voit, les objets et les modalités d'une telle investigation pourraient concerner nombre d'autres contextes psychopathologiques. Le symptôme, qu'il soit somatique, fonctionnel, comportemental, a un sens en soi dans l'économie de la conflictualité générale, mais n'est qu'un aspect qui tente de circonscrire l'ensemble de cette conflictualité dont la complexité dépasse celle du symptôme.

Parmi les éléments de cette conflictualité complexes, le poids des projections parentales occupe une place importante, nous l'avons vu, parmi d'autres facteurs. Celles-ci représentent un aspect privilégié à explorer, dans tout contexte psychopathologique, et en particulier dans les contextes de psychopathologie du somatique et du comportement. François Ladame *et al.* (1995), par exemple, décrivent les projections parentales excessives dont est l'objet l'adolescent suicidant ; Gianna Williams (1997) décrit la réaction « entrée interdite » que développe l'anorexique face aux projections parentales ; j'ai moi-même décrit la manière dont l'enfant tyran ou violent dénonce et lutte contre les projections parentales (Ciccone, 2003a). Tous les praticiens du bébé et du jeune enfant mettent en évidence la façon dont les projections parentales, combinées à d'autres facteurs, peuvent créer les conditions de contextes psychopathologiques qui, chez le bébé et le jeune enfant, concerneront inévitablement le corps ou le comportement (voir Ciccone, 1999 ; Ciccone et Lhopital, 2001).

Je vais poursuivre ces réflexions en envisageant maintenant les effets toxiques non seulement des projections, mais aussi de quelques contextes psychopathologiques parentaux.

6. Effets des psychopathologies familiales

Seront ici présentés et décrits quelques contextes fréquemment rencontrés de psychopathologies parentales ou familiales ainsi que leurs effets potentiellement toxiques en reprenant une catégorisation que nous avions proposée, Marc Lhopital et moi-même (Ciccone et Lhopital, 2001) : les enfants de la dépression, les enfants du deuil, les enfants de la haine et de la perversion, les enfants de la psychose, et enfin les enfants de la désorganisation et de la carence.

6.1. Les enfants de la dépression

6.1.1. Dépression post-partum

Si les réactions dépressives suite à un accouchement sont fréquentes (certains auteurs parlent de 50 % de mères affectées par le « *post-partum blues* », 20 % développant une dépression du *post-partum* proprement dite – les incertitudes de ces études étant souvent soulignées ; voir Guedeney *et al.* 1993), on peut considérer que toute mère présente, dans le *post-partum*, des tendances dépressives plus

ou moins manifestes. Un détachement émotionnel d'avec son bébé la conduit à une relative incapacité de comprendre et reconnaître ses besoins ; elle compte alors sur le bébé pour qu'il utilise ses seins, ses mains, sa voix, et pour qu'il fasse naître chez elle un bon sentiment de maternité, pour qu'il la « guérisse » de sa dépression. Cela suppose que le bébé soit investi de cette capacité, qu'il ne soit pas trop décevant, trop éloigné de l'image préinvestie par la mère, cet écart pouvant alimenter la dépression.

La dépression *post-partum* est intense et particulièrement pathogène lorsque la mère a trop investi le fœtus comme un objet destiné à consoler chez elle une dépression déjà là, une profonde solitude, ou un profond désespoir. Comme le dit Frances Tustin (1985a), la naissance du bébé est vécue, dans ces conditions, comme la perte d'une partie réassurante de son corps, et rend la mère si déprimée et sans confiance en elle-même qu'elle n'est pas en mesure de protéger le nourrisson contre une expérience qui ressemble trop à la sienne propre : expérience d'une séparation prématurée, d'une perte narcissique.

La dépression *post-partum* s'alimente dans l'expérience actuelle de la maternité, et dans les expériences passées modulant l'histoire du sujet et l'histoire du développement de sa personnalité, autrement dit dans ce qui du passé vient se transférer dans la situation actuelle (voir Ciccone, 1995a, 1997a, 1998b). Les traces de ces expériences passées peuvent emballer le processus de dépression ordinaire du *post-partum*. On peut ainsi dire que tout ce qui met en péril l'état psychique de la mère (isolement familial et affectif, accouchement dans un pays étranger, antécédents traumatiques comme la perte d'un bébé, etc.) est à considérer comme un facteur de risque. Lorsque la dépression maternelle s'installe, elle s'amplifie si la mère ne trouve pas d'appui auprès de ses propres objets, objets internes et objets externes : le père de l'enfant, mais aussi ses propres parents, sa propre mère (pour cause de conflit, séparation, deuil, etc.). Elle risque d'être amplifiée si les circonstances périnatales ont été dramatiques (accidents ou incidents vécus comme catastrophiques, césarienne non prévue, etc.). La maternité et le contexte de venue au monde du bébé peuvent donc précipiter un processus dépressif conjoncturel, ou bien dévoiler ou répéter une dépression déjà là. La dépression peut concerner aussi le père, du fait de la néo-organisation psychique que suppose l'expérience de la paternité, et à laquelle peuvent s'appliquer toutes les circonstances ci-dessus évoquées. Ces contextes dépressifs compromettront les capacités de l'environnement de se rendre disponible aux besoins psychiques du bébé.

6.1.2. Syndrome et complexe de la « mère morte »

À ce propos, nous pouvons envisager une forme de dépression chez l'objet dont les conséquences quant au développement de l'enfant sont représentées par le syndrome dit de la « mère morte », tel que l'a décrit André Green (1983). Celui-ci représente la conséquence non pas d'une mort réelle de la mère, mais d'une « mort psychique » faisant suite à une dépression et transformant brutalement la mère, source de vitalité pour l'enfant, en une figure lointaine quasi inanimée. Un événement traumatique divers produit une diminution brusque de l'intérêt que porte la mère à l'enfant, un changement brutal et mutatif de l'imago maternelle. Cette transformation est vécue par l'enfant comme une catastrophe, parce que l'amour est perdu brusquement et qu'aucune explication ne peut rendre compte de la situation. À la perte d'amour s'associe donc une perte de sens. La « mère morte » met en scène un objet présent mais absorbé par le deuil.

Une série d'effets ou de mécanismes de défense vont se déployer chez l'enfant : le désinvestissement de l'objet maternel et l'identification inconsciente à la « mère morte » ; le déclenchement d'une haine secondaire, dont le but est de dominer, de souiller l'objet, de se venger de lui ; la triangulation œdipienne précoce, où l'enfant s'oblige à trouver un responsable (le père) à l'effondrement de la mère ; le développement précoce des capacités fantasmatiques et intellectuelles du moi, l'enfant consacrant ses efforts à deviner ou à anticiper les variations d'humeur de sa mère, étant soumis à une « contrainte d'imaginer », à une « contrainte de penser ».

Toutes ces défenses s'organisent dans un triple but : maintenir le moi en vie, ranimer la mère, rivaliser avec l'objet du deuil dans la triangulation précoce.

Le réinvestissement de la relation à la mère est toujours affecté du signe de l'éphémère et menacé d'une expérience catastrophique. L'enfant devenu adulte sera perpétuellement en quête d'un objet introjectable, sans pouvoir ni y renoncer, ni accepter son introjection dans le moi investi par la « mère morte ». Il développera ce qu'André Green appelle le « complexe de la mère morte », où l'échec de la séparation individuante conduit le sujet à revivre répétitivement la perte de l'objet primaire qu'il s'acharne à retenir perpétuellement. Le sujet présentera une incapacité d'aimer, une profonde solitude, un sentiment de vide, témoins d'une dépression avec déperdition libidinale – on peut reconnaître là des caractéristiques de l'état limite.

6.1.3. Traumatisme de la rencontre de l'enfant

Si la dépression maternelle ou parentale peut être liée à des événements plus ou moins étrangers à l'enfant, elle peut aussi survenir du fait même de la rencontre avec l'enfant, lorsque cet enfant nouveau-né est un enfant trop décevant. Toute naissance s'accompagne d'un nécessaire écart entre l'enfant réel et son image préinvestie, mais lorsque cet écart se présente comme un gouffre, lorsque la rencontre est traumatique – nous pouvons penser, par exemple, aux enfants porteurs d'une malformation ou d'un handicap –, des conséquences catastrophiques peuvent survenir (je reviendrai plus loin sur les effets traumatiques d'un tel contexte chez les parents).

Comme l'expose Piera Aulagnier (1986), le « traumatisme de la rencontre » entre une mère et son nouveau-né, le raté de l'ancrage du corps de l'enfant dans le « corps psychique » présenté dans la psyché maternelle avant la venue au monde de l'enfant et qui anticipait son image mutilent l'enfant du représentant psychique qui aurait dû l'accueillir. Pour survivre, l'enfant pourra recourir à trois types de réponse psychique :

- un premier type de réponse réside dans le retrait autistique ;
- un deuxième type de réponse consiste pour l'enfant à s'efforcer de toujours rester au plus près de ce qui est supposé attendu par la mère, pour se rapprocher ainsi de son représentant psychique préinvesti (cette réaction fondée sur une « compréhension » précoce anticipe la prise en considération de la séparation, représente un « trop tôt » de l'épreuve de réalité qui se fait aux dépens de l'autonomie psychique) ;
- un troisième type de réponse réside dans l'investissement d'un corps en état de besoin, faute de pouvoir investir un corps en relation par le plaisir (le lien à l'objet est également préservé, mais il se présente comme un lien conflictuel fondé sur le pouvoir d'exiger ou de refuser l'apport dont le corps a besoin – nourriture, sommeil, etc. –, apport pour lequel l'objet est investi uniquement comme détenteur du désir et du pouvoir de l'accorder ou de le refuser).

6.2. Les enfants du deuil

L'expression « enfants du deuil » se rapporte non seulement à des enfants dont la conception ou la naissance sont liées à la perte d'un être cher – ce cas de figure renvoie au contexte des enfants de la dépression –, mais surtout à des enfants dont la fonction qui leur est inconsciemment assignée a pour objet d'éviter la douleur du deuil

par la *commémoration du défunt* qu'ils réalisent. L'enfant du deuil est un enfant de remplacement, sa conception vient en lieu et place d'un deuil impossible, entrave le travail de deuil en présentifiant le défunt. On peut souligner les effets d'« empiétement imagoïque » (Ciccone, 1997b, 1999) que produira un tel contexte.

Monique Bydlowski (1978), par exemple, a décrit le barrage au travail de deuil que réalise le nouveau-né lorsqu'il prend la place d'un défunt. Elle relie la question du désir d'enfant associé à la mort ou au deuil d'une part à la fête maniaque – recrudescence du besoin sexuel après un deuil objectal, mise en ébullition de la pulsion sexuelle incestueuse par la mort ou l'annonce d'un danger de mort –, et d'autre part au déni de la perte de l'objet – le nouveau-né satisfait un fantasme d'immortalité, une négation narcissique de la perte. Il participe au non-travail du deuil.

Cette configuration se retrouve parfois chez les enfants psychotiques. Jean Guyotat (1980, 1982), par exemple, a signalé la fréquence élevée, dans une génération donnée de familles de psychotiques, de morts d'un membre de la famille, notamment d'un enfant, et ce sur plusieurs générations. Des travaux d'Odile Bourguignon (1984) vont aussi dans ce sens.

6.3. Les enfants de la haine et de la perversion

Les relations haineuses ou perverses dans le couple mère-enfant ou parents-enfant, ou bien à l'intérieur des échanges familiaux sont en général considérés comme pouvant favoriser l'émergence d'une potentialité psychotique (schizophrénie, paranoïa) du côté de l'enfant.

6.3.1. « Perversion narcissique » (Racamier)

Signalons d'abord le lien pathogène décrit par Paul-Claude Racamier (1980a, b, 1986, 1987) sous les termes de « perversion narcissique », et ses effets toxiques. La perversion narcissique repose sur un « déni de valeur propre de l'objet » visant à le réduire à un objet-ustensile. Ce procédé est considéré par Racamier comme une perversité aux effets particulièrement dommageables pour celui qui devient la proie de cette « prédation morale ». Les pervers narcissiques seraient fréquemment des psychotiques plus ou moins durablement cicatrisés et se rencontreraient souvent parmi les parents d'enfants ou d'adultes psychotiques.

Les sources du pervers narcissique sont foncièrement contre-dépressives et celui-ci est animé par la double nécessité d'éviter

le deuil et de colmater des angoisses psychotiques. Cette double contrainte pousse le pervers narcissique à se débarrasser des désillusions et des deuils qui pourraient le blesser en les extradant sur des objets proches (conjoint, enfants, amis, etc.). L'objet dans lequel est exporté le conflit, que Racamier appelle « objet-non-objet », est un objet utilitaire. Celui-ci reçoit le lourd fardeau d'avoir, dans une relation de dépendance d'autant plus aliénante que son propre narcissisme est activement disqualifié, à prendre à son compte les conflits psychiques du pervers narcissique. Pour cela, il importe que l'état de dépendance de l'objet ustensile, de la « marionnette », soit absolu ; toute velléité autonomiste de la proie est énergiquement combattue, essentiellement par la disqualification. Il s'agit donc pour le pervers narcissique de se valoriser narcissiquement en attaquant le moi de l'autre et en jouissant de sa déroute. On reconnaîtra dans les descriptions de Racamier l'œuvre du processus d'identification projective.

6.3.2. « Tyrannie-et-soumission » (Meltzer)

Nous pouvons relier la notion de perversion narcissique à celle de « tyrannie-et-soumission » qu'a décrite Donald Meltzer (1987) – voir Ciccone, 2003c. La tyrannie consiste à « fabriquer » un esclave en détruisant un objet interne chez une personne, notamment son surmoi, pour en prendre la place et soumettre cette personne. Meltzer différencie la tyrannie-et-soumission du sadomasochisme. Alors que le sadomasochisme est un « jeu » qui répète un fantasme infantile, la tyrannie-et-soumission est une « affaire sérieuse » qui concerne des processus de survie beaucoup plus primitifs liés à une angoisse persécutoire extrême qui pousse le tyran à se trouver un esclave dans lequel il puisse projeter cette angoisse. Si le sadomasochisme appartient au domaine des relations sexuelles intimes, la tyrannie-et-soumission s'extrapole très naturellement et continuellement hors des relations intimes, dans la sphère sociale.

6.3.3. « Effort pour rendre l'autre fou » (Searles)

Après l'évocation de ces processus de perversion narcissique, de tyrannie-et-soumission, rappelons les procédés schizophrénogènes qu'avaient décrits Harold Searles (1965) comme témoignant d'un implacable « effort pour rendre l'autre fou ». Le terme « fou » équivaut chez Searles à « schizophrène », et il considère l'effort continu, largement ou totalement inconscient, de la ou des personnes importantes de l'entourage d'un individu pour le rendre fou comme un élé-

ment dans l'étiologie de la schizophrénie. Searles distingue différents modes et différents motifs, tous essentiellement inconscients, qui rendent compte de la relation pathogène mettant en scène cet effort pour rendre l'autre fou.

En ce qui concerne les modes, Searles en définit six – tous tendent à favoriser un conflit affectif chez l'autre, à faire agir différentes parties de sa personnalité les unes contre les autres :

- l'*interprétation sadique* : celle-ci, qu'elle soit l'œuvre d'un parent proche ou d'un analyste, vise à mettre en question en permanence l'adaptation, à attirer constamment l'attention sur des aires de la personnalité contradictoires et refoulées, ce qui renforce le conflit et l'angoisse ;
- le *comportement exagérément séducteur* : celui-ci crée un conflit intense chez l'enfant entre son désir de développer son individualité et celui de se maintenir dans une symbiose infantile ;
- la *stimulation* et la *frustration simultanées* ou alternant rapidement : celles-ci, quels que soient les besoins qu'elles mettent en jeu, produisent un effet de désintégration ;
- la *double entrave* : cette forme de communication, particulièrement riche en effets pathogènes, a été mise en évidence par Grégory Bateson (1956), qui a montré comment le schizophrène a souffert de se trouver dans une situation où il recevait un double discours dont les deux contenus antagonistes annulaient toute possibilité de prise de sens, et comment le discours propre du schizophrène lui-même en est arrivé à véhiculer une signification oscillant entre des propositions contradictoires et incompatibles sans possibilité de choix, signification écartelée entre des messages qui s'excluent les uns les autres ;
- la *relation à niveaux multiples* : celle-ci consiste à traiter l'autre à plusieurs niveaux de relation n'ayant aucun rapport entre eux, et tend à forcer l'autre à se dissocier ; cette interrelation scindée avec un parent provoque chez l'enfant des traumatismes importants si elle est fréquemment répétée ;
- le *passage brusque d'une longueur d'onde affective à une autre* : cette technique, voisine de la précédente, et consistant en des changements d'humeur imprévisibles et soudains, rappelle ce qui a été évoqué au sujet de la « mère morte », mais la modification brutale de l'humeur est ici fréquemment répétée, entraînant des conséquences catastrophiques chez l'enfant.

Toutes ces modalités ont une finalité commune : « saper la confiance de l'autre dans la fiabilité de ses propres réactions affectives et sa propre perception de la réalité extérieure » (Searles, 1965,

p. 161). Or, comme dit Racamier, « l'enfant dont la perception est disqualifiée est placé dans l'alternative de croire au témoignage de ses sens, ou de croire son objet ; [...] il est écartelé entre son moi et son objet » (Racamier, 1980b, p. 169).

Searles décrit plusieurs motifs sous-jacents à cet effort pour rendre l'autre fou : le souhait de psychose (équivalent psychologique du meurtre), le désir d'extérioriser la folie, la perception d'une folie discrète chez l'autre, l'avortement d'une relation d'amour, le chantage à la folie (le sujet menace l'autre de devenir fou si celui-ci manifeste le moindre désir d'individuation), etc. Le motif le plus puissant de tous concerne le désir de perpétuer les gratifications qu'offre un mode de relation symbiotique.

6.3.4. Potentialité psychotisante de la haine et de la violence dans le couple (Aulagnier)

Concernant les effets de la haine et de la violence, il faut rappeler les travaux de Piera Aulagnier (1975), qui a mis en évidence la manière dont la haine et la violence dans le couple parental et dans le lien à l'enfant contiennent une potentialité hautement psychotisante. Le climat haineux produit une potentialité psychotique (schizophrénique ou paranoïaque).

Potentialité schizophrénique

La potentialité schizophrénique dérive d'une triple condition.

- La première concerne l'absence d'un « souhait d'enfant », le « non-désir d'un désir » qui se manifeste par l'impossibilité de trouver un quelconque plaisir dans tout ce qui témoigne de la singularité de l'enfant. Le désir de vie envers l'enfant est remplacé par la peur de sa mort, le « plaisir d'avoir l'enfant » est remplacé par le « déplaisir de devoir toujours risquer de le perdre ».
- La deuxième condition concerne un éprouvé de déplaisir dont est responsable l'espace corporel et psychique maternel, éprouvé confirmant l'hostilité et la menace ambiantes.
- La troisième condition concerne un discours qui soit refuse de reconnaître le déplaisir qu'a vécu l'enfant, soit impose un commentaire a-sensé à cette expérience et à toute souffrance éventuelle.

Une pensée délirante primaire va alors forger une interprétation qui remodèle cette triple expérience. Elle devra, de plus, trouver une voix lui garantissant l'authenticité de sa théorie délirante ; cette voix sera d'abord celle de l'objet maternant lui-même, puis celle de substituts.

Potentialité paranoïaque

La potentialité paranoïaque résulte, quant à elle, de la nécessité dans laquelle a été placé l'enfant de se reconnaître comme fruit de la haine. Désir et haine sont confondus ou équivalents :

> Si l'origine de l'existence, de soi comme du monde jamais séparables, renvoie à l'état de haine, on ne pourra se préserver comme vivant, et on ne pourra préserver le monde comme existant, que tant que persiste quelque chose à « haïr » et quelqu'un qui vous « hait ». (Aulagnier, 1975, p. 315)

Le paranoïaque n'existe « ni *pour* ni *par* ni *avec*, mais *contre* » (p. 321). La haine et la persécution dont est l'objet le paranoïaque résultent, d'après lui, de l'envie qu'éprouvent les autres à l'égard d'un savoir, d'un pouvoir dont il aurait hérité, dans un fantasme de filiation exclusive. Le paranoïaque projette sur la scène sociale le conflit parental dont il est issu, et doit trouver un référent fondateur d'une loi face auquel il se situera en position d'héritier exclusif. Ce référent sera le substitut d'un des deux parents idéalisé alors que l'autre est devenu l'ennemi à combattre.

Réalisation psychotique

Le passage de la potentialité psychotique à la réalisation psychotique résulte d'une part de la répétition des traumatismes, et d'autre part de la perte dans la réalité de la voix idéalisée, voix forcément marginale par rapport au discours de l'ensemble, qui donnait un point d'ancrage à la pensée délirante primaire, qui confirmait la position d'héritier exclusif, qui garantissait la recevabilité du discours du sujet et donc de sa non-psychotisation. Cette voix, à l'origine celle de l'objet maternant, doit être portée par un être réel, vivant, retrouvable chaque fois qu'un verdict de faux menace le discours du sujet, afin de lui confirmer chaque fois devant le discours de l'ensemble que sa pensée délirante est sensée.

6.3.5. Effets du rejet parental sur un enfant (Hopkins)

Je terminerai ces réflexions concernant la configuration d'un environnement haineux, ou travaillé par la haine, en évoquant les propositions de Juliet Hopkins (1987, 1990) quant aux effets du rejet parental sur l'attachement de l'enfant et sur son expérience interne.

Juliet Hopkins, reprenant des travaux sur l'attachement (voir en particulier Main et Stadtman, 1981), décrit les effets sur un bébé d'une mère rejetante. Le rejet par sa mère produira chez le bébé un « attachement évitant ». Le bébé d'une mère rejetante non seulement développe

un attachement évitant, mais voit se déployer en lui un conflit insoluble et interminable, caractérisé par le paradoxe suivant : le nourrisson ne peut s'approcher de la mère à cause du rejet, et ne peut se retirer du lien à cause de l'attachement ; la mère qui repousse le nourrisson l'attire en même temps – le rejet a aussi un effet d'attraction. Juliet Hopkins décrit ainsi la constellation psychique particulière qui s'organise chez l'enfant : l'enfant voit son désir d'être tenu dans les moments de détresse s'associer à une terreur du rejet, à une terreur du contact physique (de peur que le contact ne dégénère en agression mutuelle), ce qui produit une douleur intense. Se développe chez un tel enfant la représentation d'un « self intouchable ou répugnant », dit Hopkins.

6.4. Les enfants de la psychose

L'état psychique défaillant, voire la psychopathologie avérée de l'objet maternant, de la mère ou du couple parental, au moment de la conception et de la venue au monde d'un enfant, présentent les caractéristiques d'une situation potentiellement à risques pour le développement psychique de cet enfant et pour l'équilibre psychique précaire du ou des parents qui ont à l'élever. Certaines études sur le devenir psychique des enfants de mère schizophrène (voir Duchesne et Roy, 1991) révèlent que 10 à 15 % de ces enfants développent une psychose (20 à 30 % si la psychopathologie touche les deux parents), 30 à 50 % développent des troubles graves du comportement et de la personnalité, 10 % présentent un brillant développement intellectuel en faux self, 25 à 30 % ne présentent pas de trouble.

Juan Manzano et ses collaborateurs (Manzano et Lalive, 1983 ; Manzano *et al.*, 1984), par exemple, observant dans un groupe d'études et de soins de jeunes mères schizophrènes, constatent l'absence chez leurs enfants d'une grave psychopathologie psychique ou développementale précoce, mais repèrent dans certains cas des signes d'hypermaturité ou d'hyperadaptation qu'ils considèrent comme révélateurs de personnalités « as if » ou « faux self », capables de se scinder dans une décompensation schizophrénique, lors d'une phase plus tardive du développement.

Pierre Bourdier (1972) avait décrit l'« hypermaturation » des enfants de parents psychotiques, qu'il expliquait d'une part par l'existence de substituts parentaux, dont le recours est d'autant plus facilité que les parents sont « officiellement psychotiques », et d'autre part par l'hypothèse d'une fonction maternelle précoce conservée voire renforcée chez la mère psychotique, dont la folie peut coïncider, tant que la dépendance du bébé est absolue, avec la

« maladie normale » de la mère telle qu'en parle Winnicott (1956a). Cette mère psychotique protégerait ainsi l'enfant des angoisses primitives, mais ne permettrait pas l'établissement d'une position dépressive, étant elle-même trop menacée par les éprouvés de séparation et donc par l'individuation de l'enfant. Le dessaisissement au profit d'un substitut (conjoint, grands-parents, etc.) apparaît comme une tentative de restituer une fonction maternelle à quelqu'un qui ne l'a pas rempli en son temps, et que le substitut vient, le cas échéant, représenter. L'enfant, par ailleurs, peut s'identifier au substitut, c'est-à-dire à la fonction soignante, et contribuer ainsi au soin du parent, à la restauration de l'objet menacé, ce que Bourdier considère comme à l'origine de nombreuses vocations de soignants.

L'observation des interactions entre une mère psychotique et son bébé (voir David *et al.*, 1981 ; Lamour, 1989 ; Lamour et Barraco, 1988, 1995) met en évidence de sévères perturbations : évitement du regard, absence de regard mutuel, imprévisibilité des engagements ou des réponses maternels, alternance de mouvements fusionnels et de mouvements de rejet, absence de parole adressée à l'enfant, pas d'échange de vocalises, pas de renforcement voire pas de perception des progrès moteurs et de l'autonomisation, perturbation ou pauvreté des « accordages affectifs » (Stern, 1985), inversion des ajustements (c'est le nourrisson qui s'ajuste à la mère), hyperadaptation du nourrisson à sa mère et à ses réponses inadéquates, état d'alerte permanent chez le nourrisson, « bombardement » par les fantasmes maternels, haut niveau d'« excitation psychique » maintenu par la mère, incitations agressives voire érotiques, etc.

6.5. Les enfants de la désorganisation et de la carence

La pathologie mentale de la frustration massive fait référence d'une part à Spitz (1965), avec sa description de l'« hospitalisme », c'est-à-dire des effets nocifs du placement en institution dans le premier âge (plus que le placement lui-même, c'est le contexte affectif et relationnel qui était nocif), et sa description du tableau de « dépression anaclitique » ; et d'autre part à Bowlby (1951), avec ses considérations sur les conséquences dommageables pour le caractère et la maturité psychologique des séparations frustrantes. Citons également Racamier (1953, 1954) qui a parlé des désordres carentiels dans le cadre de la « pathologie frustrationnelle ».

Les études quant aux carences de maternage, de soins maternants, ont tendance à regrouper carences de stimulations sensorimotrices, de stimulations aux premiers modes de communication, de

stimulations « sociales », et carences affectives (voir par exemple de Ajuriaguerra, 1977).

6.5.1. Carences affectives et carences de stimulation

En ce qui concerne le pôle affectif, on peut traduire le terme de « carence affective », c'est-à-dire carence d'amour pour l'enfant, carence de réponses satisfaisantes aux besoins d'attachement de l'enfant, par « défaut d'investissement ». Or, l'investissement de l'enfant est relativement indépendant « quantitativement » de la somme de stimulations données à l'enfant. Un enfant peu investi peut être très stimulé – par exemple dans un désir de réparation maniaque, ou bien dans l'évitement phobique de la véritable communication. Les stimulations sensorimotrices dans les interactions parents-enfants représentent un aspect comportemental qui rend peu compte du lien intersubjectif.

Les carences de stimulations « affectives » et sensorimotrices – étudiées par exemple par Spitz, Bowlby ou d'autres dans des situations où l'enfant est séparé physiquement et précocement de son milieu maternant et se trouve placé dans un environnement substitutif frustrant (voir David et Appell, 1961) – peuvent se décrire aussi, quant à leurs effets nocifs, dans des cas où l'enfant n'est pas séparé physiquement de l'objet maternant, mais où cet objet est frustrant quant à la qualité de son investissement et de l'attention qu'il porte à l'enfant. L'objet maternant peut être frustrant parce qu'absent psychiquement – ce qui renvoie au problème de la dépression évoqué plus haut –, ou bien parce qu'hostile à l'enfant – ce qui renvoie au problème de la haine et de la perversion envisagé aussi plus haut –, ou encore parce que lui-même carencé dans ses propres expériences affectives infantiles et dans ses identifications à une imago parentale suffisamment bonne, c'est-à-dire suffisamment en contact avec les besoins infantiles.

Les carences affectives et sensorielles, si elles ont un impact certain dans le développement de la personnalité, doivent être considérées dans leur association avec les troubles chez l'enfant de ce que Ajuriaguerra (1977) appelle l'« appétit de stimuli », l'« appétit d'affects ». Par ailleurs, comme le souligne de Ajuriaguerra, c'est plus de l'inadéquation que des carences de stimulus que découle la pathologie. On peut par exemple voir cette inadéquation dans le manque de continuité dans le gardiennage, la multiplicité des sollicitations de la part de personnes différentes, l'irrégularité des comportements, etc. Soulignons, en outre, qu'à la pathologie du manque, il faut ajouter celle de l'excès (voir Kreisler et Cramer, 1981). La surstimulation, la surcharge d'excitation ont pour conséquence une submersion des possibilités d'intégration psychique, avec une importante décharge dans le soma (colites, insom-

nies, vomissements du nourrisson), d'où l'importance fondamentale de la fonction de pare-excitation que doit assurer l'objet contenant.

Anne Decerf (1987) décrit très bien comment, dans les interactions précoces mère-bébé, la mère doit s'adapter aux capacités interactionnelles du bébé et respecter notamment ses retraits cycliques de l'interaction, sous peine de surexciter son enfant, en lui demandant une présence continue dans la relation. L'enfant répondra à la surexcitation, qui déborde ses capacités de résistance mentale, par un retrait anormalement long. Lors de relations pathologiques et d'interactions nocives répétées, l'évolution du bébé surstimulé peut aller du trouble psychosomatique au retrait autistique.

6.5.2. Effets des carences affectives sur le bébé (Fraiberg)

Concernant les effets sur le bébé des carences affectives, signalons l'apport de Selma Fraiberg (1982), inspirée entre autres des études de Spitz sur les carences de l'environnement maternant. Fraiberg rend compte d'observations d'un groupe de nourrissons (de 3 à 18 mois) ayant vécu dans des situations de danger et d'extrême carence affective : enfants victimes de négligence, de mauvais traitements, avec des mères gravement déprimées, voire schizophrènes, absentes psychiquement pendant une très grande partie des interrelations, exposant l'enfant à des crises de fureur ou de rage imprévisibles qui font éclater les murs de la dépression et terrorisent le nourrisson. Fraiberg décrit chez le bébé différent mécanismes de défense précoce : l'évitement, le gel, la lutte, la transformation de l'affect, l'inversion des attitudes (ces procédés ont été évoqués plus haut, parmi les signes de détresse psychique du bébé).

- L'*évitement* est observé dès 3 mois. Il est sélectif et discriminatoire : le bébé peut n'éviter que la mère. L'évitement est efficace contre les dangers « extérieurs », mais ne peut protéger le bébé lorsque le besoin somatique devient très urgent, et on observe alors une désorganisation importante (fureur, cri, hurlement). Lorsque la souffrance devient intolérable, un mécanisme de rupture supprime cette sensation, mécanisme que l'on peut comprendre comme un clivage précoce.
- La réaction de *gel* est observée aussi dès les premiers mois : immobilisation de la posture, de la motilité, de la voix, du regard ; cramponnement à la mère avec une terreur muette. Lorsque la situation toxique, traumatique, est permanente, l'efficacité des réactions de gel et de retrait s'épuise. L'effort nécessaire au maintien de l'immobilité provoque une douleur, les défenses s'effondrent et le nourrisson sombre dans un état de désorganisation totale, comme s'il se désintégrait.

- La *lutte* est utilisée par le bébé un peu plus âgé, lorsque la motricité le lui permet, pour se protéger des dangers de la désintégration. On peut observer les traces de peur sur le visage d'un enfant terrifié, intensément anxieux, disparaître dès qu'il commence à se battre avec sa mère. Lorsque la bataille est perdue, la colère surgit et avec elle réapparaissent les signes de l'état de désintégration.
- La *transformation de l'affect* s'observe chez un bébé à partir de l'âge de 9 mois, et consiste par exemple à remplacer les réactions de hurlement de terreur devant une mère menaçante ou sadique par des réactions de rire excité, de rire niais, de rire grinçant et théâtral. Les rires sont une défense contre une anxiété intolérable. Les transformations de l'affect, de l'anxiété s'inscrivent dans une relation sadomasochiste, et l'enfant devient comme un partenaire volontaire et enthousiaste dans un jeu sadomasochiste avec la mère.
- L'*inversion des attitudes* s'observe dès la fin de la première année et consiste à retourner l'agressivité contre soi. L'enfant éprouve une telle crainte à l'égard de ses parents et de leurs représailles qu'il ne peut les agresser et qu'il retourne l'agressivité contre lui-même, avec un seuil de douleur si élevé qu'il n'éprouve pas la douleur des coups qu'il s'inflige.

Toutes ces défenses précoces, chez les bébés victimes de dangers et de carences extrêmement graves, laissent apparaître, lorsqu'elles échouent, des états de désintégration totale dans lesquels l'enfant perd tout contact avec ce qui l'entoure. Si aucune aide n'est apportée, on peut craindre une organisation (ou une désorganisation) de la personnalité gravement psychopathologique chez l'enfant.

Soulignons, pour terminer sur ce point, l'idée que plus que les inadéquations par excès ou par défaut de stimulation, c'est la nature des *affects* – et des *fantasmes* – caractérisant les liens, sous-tendant ces dysfonctionnements et leur donnant sens qui conditionne la pathologisation du développement précoce.

7. Effets de la rencontre avec une anomalie ou une psychopathologie précoce chez un enfant

7.1. Nécessité de la prise en compte des effets toxiques d'une psychopathologie sur la parentalité

Si un trouble, une psychopathologie parentale, familiale peut produire un développement ou une organisation pathologique chez l'enfant, il nous faut aussi envisager les effets toxiques sur les parents ou sur la parentalité d'une anomalie ou d'une psychopathologie d'un enfant.

De nombreux travaux ont étudié les effets toxiques de la défaillance parentale sur le développement psychique de l'enfant, mais assez peu d'auteurs se sont intéressés aux effets toxiques d'un trouble ou d'une anomalie d'un enfant sur le développement des fonctions parentales ou de la parentalité. Il en est ainsi, notamment, dans le champ de la psychopathologie précoce, où s'est affirmée entre autres la théorie, commune dans la pensée psychanalytique, de la dépression maternelle comme favorisant l'émergence d'un trouble psychique précoce chez un enfant. Un texte de Michel Soulé (1978) bouscula quelque peu ou complexifia ces idées communes désignant l'altération du fonctionnement psychique maternel comme responsable du trouble de l'enfant. Soulé soulignait les circuits pathogènes dans lesquels les modes défensifs que la mère d'un enfant autiste est contrainte d'aménager sont inducteurs d'actions néfastes sur un bébé déjà perturbé. Rappelons cependant qu'un auteur comme Frances Tustin, par exemple, qui a participé au développement du modèle étiologique de la dépression maternelle, a toujours souligné, dès le début de ses écrits, les effets de dépression, de désespoir que produit chez les parents le retrait autistique d'un enfant (voir Tustin, 1972).

Bien que toujours pertinents et continuant d'alimenter de nombreux travaux, par exemple sur le contexte périnatal et les risques psychiques potentiels pour l'enfant, les modèles de la défaillance parentale ne prennent pas toujours suffisamment en compte les effets traumatiques de la rencontre avec un trouble psychique d'un enfant. De même, il est nécessaire de considérer les effets traumatiques de la rencontre avec une anomalie somatique d'un enfant, si l'on veut apprécier le développement de la parentalité ou comprendre les particularités d'exercice des fonctions parentales dans un tel contexte. La parentalité n'est jamais donnée en soi, elle se construit, et elle se construit dans la rencontre intersubjective entre le parent en devenir (quant à son sentiment de parentalité) et l'enfant.

Parmi l'ensemble des troubles, anomalies de l'enfant, posant chacun des problèmes spécifiques, on peut dégager un certain nombre d'effets suffisamment communs, quant à la rencontre traumatique avec une telle situation (Ciccone, 1996, 1997b, c, 1999, 2000). J'utiliserai souvent le terme générique de handicap pour désigner ces anomalies, mais dans une acception très large incluant les champs somatique, intellectuel ou mental, relationnel et psychologique, et soustendant un caractère de gravité.

Je considérerai seulement les effets traumatiques sur la construction de la parentalité, mais on pourrait évidemment envisager de la

même manière les effets désorganisateurs, sur une parentalité déjà constituée, de la rencontre avec une psychopathologie plus tardive.

7.2. Déception originaire, blessure narcissique, dépression

Le handicap ou la psychopathologie grave et précoce produit d'abord des effets de désillusion brutale, de déception brutale à l'origine d'effondrement, de catastrophe interne, et qui imposent un travail de réaménagement équivalent à un travail de deuil, mais différent du travail de deuil en ceci que, d'une part, l'objet n'est pas perdu et que, d'autre part, l'événement traumatique est persécutoire par son omniprésence (le handicap est toujours là, toujours visible, rappelant en permanence la catastrophe originelle). J'ai appelé cet effet un effet de *déception originaire*. La déception originaire est le reflet de la blessure narcissique que produit le handicap et qui correspond à la perte de l'illusion qui nourrit tout désir d'enfant, et qui se fonde dans le narcissisme parental et ses vœux d'immortalité. En effet, comme l'a très bien énoncé Freud (1914), l'une des fonctions essentielles de tout enfant consiste à faire revivre et à assurer l'immortalité du narcissisme parental dont il est dépositaire et porteur. « Sa majesté le bébé », comme dit Freud, devra accomplir tous les rêves de désirs que les parents n'ont pas mis à exécution. L'immortalité du moi, battue en brèche par la réalité, retrouve ainsi un lieu sûr en se réfugiant chez l'enfant. L'amour des parents, si touchant et si enfantin, n'est rien d'autre, dit Freud, que leur narcissisme qui vient de renaître.

L'anomalie ou le handicap de l'enfant brise donc cet espoir d'immortalité narcissique. Le handicap provoque ainsi, et aussi, une rupture de ce que Piera Aulagnier a décrit sous les termes de « contrat narcissique » (1975). Le contrat narcissique, formation de lien inconsciente, lie l'enfant aux parents, aux générations antérieures, et plus particulièrement à l'ensemble du groupe social. Il prescrit la mission dont est porteur le nouveau-né, à savoir celle d'assurer la continuité de la génération en échange de la reconnaissance par le groupe du nouveau venu.

Le handicap provoque une rupture brutale, radicale, sans « préavis », de ce contrat narcissique, ou en compromet l'établissement. L'enfant trop différencié de ses ascendants, trop en situation d'altérité, se retrouve en état de « dégénération » (pour reprendre un terme de la physiologie du XVIIIe siècle – voir Vigarello, 1978 –, mais dans un sens différent qui rend compte de cet écart entre un sujet et sa lignée générationnelle). Bien sûr, tous les handicaps ne se valent pas. Il y a des façons plus ou moins admises par le groupe – social –

de déroger à ce contrat narcissique. Il y a des écarts ou des singularités plus ou moins tolérés, plus ou moins intégrables dans les contrats narcissiques. Il est, par exemple, bien plus facile d'être reconnu et confirmé par le discours social comme parent d'un enfant porteur d'une anomalie chromosomique, que d'être admis comme parent d'un enfant psychotique – et il en va de même pour l'enfant lui-même. On comprend bien, ainsi, les enjeux sous-tendant les pressions pour faire considérer l'autisme comme un « handicap » (sous-entendu « organique ») et non comme une maladie mentale.

Non seulement la blessure atteint profondément le narcissisme, mais elle atteint aussi les couches les plus profondes de l'identité humaine (comme le montre Francine André [1986]). Le handicap pose la question de l'appartenance à l'espèce humaine, il attaque le sentiment d'humanité, il engendre un vécu d'étrangeté, de non-humanité. Ce vécu d'étrangeté, de non-humanité de l'enfant, met en péril l'identification des parents à leur propre humanité. L'enfant porteur d'un handicap, notamment lorsque celui-ci est lourd, provoque, fragilise, disqualifie l'humanité parentale.

Cette rencontre catastrophique avec une réalité aussi traumatique produit ainsi des effets de dépression et de sidération sur tout l'appareil psychique familial. La sidération de la pensée vise à lutter contre les pensées traumatiques (le désespoir, l'injustice), contre les pensées interdites (les désirs de mort, d'abandon). Elle vise à évacuer les vécus émotionnels insupportables, la douleur mentale, hors du champ de la représentation.

7.3. Culpabilité et fantasme de culpabilité

La rencontre avec une anomalie chez l'enfant, une psychopathologie précoce, un handicap, active un sentiment de culpabilité.

On observe d'abord une culpabilité « post-traumatique » : culpabilité d'avoir donné la vie à cet enfant, de lui avoir imposé une vie imaginée comme sans vie ou sans espoir, culpabilité aussi de ne pas avoir pu éviter le handicap, et culpabilité d'avoir désiré sa mort.

Mais ce sentiment de culpabilité se connectera à des culpabilités plus anciennes, et plus inconscientes. Les culpabilités anciennes, « déjà là » pourrait-on dire, sont ainsi dramatiquement confirmées par la rencontre avec le handicap, par la mise au monde d'un enfant « abîmé », décevant, « mauvais ».

On pourra alors voir se déployer, chez le parent, ce que j'appelle un fantasme de culpabilité. Même lorsque l'étiologie est connue et reconnue, la question de la culpabilité n'est pas pour autant résolue.

Le parent se demandera, en effet, ce qu'il a bien pu faire pour qu'un tel événement tragique et injuste lui arrive.

On peut dire, en effet, que si le sujet y est pour quelque chose, si le traumatisme est justifié, d'une part celui-ci est moins scandaleux, et d'autre part le sujet peut s'approprier cet événement extérieur non maîtrisable. Le traumatisme est d'autant plus injuste et scandaleux qu'il est inéluctable et qu'il échappe au moi. On peut dire que *plus le sujet est innocent de ce qui lui arrive, et plus, en quelque sorte, le traumatisme est traumatique*. Le fantasme dramatisant la culpabilité visera ainsi à ce que ne soit pas trop accentué l'aspect traumatique du traumatisme.

C'est une telle accentuation que réalisent, paradoxalement, les conduites médicales, logiques, de déculpabilisation (« Vous n'y êtes pour rien, c'est un accident » – mais le sujet, lui, tient à y être pour quelque chose). On peut dire que la déculpabilisation destitue en quelque sorte le sujet, elle le prive d'une possibilité d'appropriation de ce qui de son histoire traumatique lui appartient, car elle accentue le caractère traumatique du traumatisme.

Mais si l'on respecte et tolère ce mouvement d'appropriation, on verra se rabattre sur l'événement traumatique une immense culpabilité écrasante. Il faudra alors un long travail laborieux d'élaboration suffisante de la culpabilité pour que le sujet accepte de prendre en compte ce de son histoire dont il est innocent, pour que le sujet puisse faire la part, raisonnable, de ce qui lui revient et de ce qui ne lui revient pas. Le sujet accédera alors à une véritable position d'innocence. L'innocentation défensive ou l'innocentation prescrite n'innocente pas. Seule l'élaboration de la culpabilité le peut. Cela suppose un véritable travail psychique conduisant au dépassement d'une position dépressive.

Le fantasme de culpabilité, la construction d'une théorie selon laquelle le parent y est pour quelque chose, a donc une double fonction : d'une part, il atténue le caractère traumatique du traumatisme (le sujet devenant actif là où il subit passivement) ; d'autre part, il rend possible et rend compte d'un mouvement d'appropriation (le sujet devenant sujet d'une histoire étrangère).

7.4. Rupture dans la filiation et fantasme de transmission

Le fantasme de culpabilité a pour fonction une appropriation de l'événement traumatique. Un autre fantasme réalise cette fonction : ce que j'ai appelé (après René Kaës) le *fantasme de transmission*.

Comme nous l'avons vu, la culpabilité actuelle se connecte aux culpabilités passées, ou se développe sur fond de culpabilités passées.

En effet, le traumatisme actuel est l'occasion de révélations de traumatismes passés, réels ou imaginaires, enfouis, oubliés, traumatismes appartenant à l'histoire et à la préhistoire du sujet ou de la famille. Ces traumatismes peuvent ainsi appartenir à l'histoire infantile du parent – événements réels ou traumatismes liés aux fantasmes infantiles, dont œdipiens, que la réalité n'aura pas suffisamment démentis. Ils peuvent aussi appartenir à la préhistoire : tel enfant porteur de handicap rappellera à la mémoire tel ancêtre porteur de tel ou tel stigmate.

Cette connexion de l'actuel et du passé, notamment lorsqu'elle convoque un ancêtre, conduit au déploiement de fantasmes de transmission, c'est-à-dire de mythes, de scénarios selon lesquels l'anomalie dont est porteur l'enfant a été transmise par un ancêtre (et cela indépendamment de l'existence de facteurs héréditaires, même si le fantasme pourra se saisir de la réalité biologique, l'enjeu étant ici psychique).

Le fantasme de transmission a plusieurs fonctions.

- Il a d'abord une fonction d'innocentation (le sujet n'y est pour rien, tout vient d'un ancêtre).
- Le fantasme de transmission a aussi une fonction de représentation ou d'inscription du sujet dans la génération – le sujet enfant porteur de handicap, mais aussi le sujet parent dont l'enfant est issu. En effet, le handicap produit un effet de « dé-génération », comme je le disais plus haut, plaçant l'enfant en position d'altérité absolue.
- Enfin – et cette fonction découle des deux précédentes –, le fantasme de transmission a une fonction de subjectivation, d'appropriation par le sujet d'une histoire traumatique étrangère – dans le même mouvement qui conduit le sujet à s'en déposséder.

De la sorte, si le handicap défie les liens généalogiques, s'il produit une rupture dans le lien de filiation, il rend possible aussi et en même temps la suture de cette rupture. Tel enfant est « en retard » dans son développement, fait-on remarquer à ses parents : oui, mais « son oncle ou son grand-père, etc. a marché et parlé très tard », répondent-ils. L'anomalie est ainsi à la fois reconnue et déniée. L'enfant est reconnu par ses proches à la fois comme étranger et comme bien des leurs. Le fantasme de transmission a donc un effet paradoxal de transitionnalisation. On peut même dire que le handicap ne pourra être intégré, subjectivé que s'il peut faire, d'une certaine façon, l'épreuve de la transitionnalité.

Le déploiement de fantasmes de transmission – comme le déploiement de fantasmes de culpabilité – représente donc une modalité de suture de la rupture du lien de filiation. Par ces fantasmes, le sujet

s'approprie l'événement traumatique, devient sujet de l'histoire étrangère qui s'impose brutalement à lui, et cela dans le même mouvement qui le conduit à s'en dessaisir ou à s'y soustraire.

7.5. Prématurité psychologique parentale et lien symbiotique

7.5.1. Prématurité psychologique parentale

Frances Tustin (1981) considère l'enfant autiste comme un « prématuré psychologique », un enfant qui a fait trop tôt l'expérience de la séparation psychique, avant que son appareil psychique ne puisse contenir, tolérer, métaboliser une telle épreuve. Dans le cas d'une rencontre traumatique avec une anomalie, une psychopathologie grave et précoce, un handicap de l'enfant, on peut dire que ce sont les parents qui se retrouvent dans cet état de « *prématurité psychologique* ». Les parents font trop tôt l'expérience de la séparation psychique d'avec leur enfant qui devient trop tôt un autre, un étranger. Le handicap affirme l'altérité d'une façon trop précoce, trop violente et trop absolue.

La parentalité, tout comme la subjectivité de l'enfant, se développe par un travail progressif de deuil et de désillusionnement, à partir d'une expérience d'illusion primaire. L'enfant se sépare et s'individue progressivement, le parent aussi. L'illusion primaire est nécessaire à l'établissement des premiers liens d'attachement, des premières communications intimes, des premières expériences de compréhension. Comme René Roussillon l'a souligné plus haut, le non-établissement ou la rupture brutale de cette illusion, ici par l'expérience de séparation psychique qu'impose le handicap, va conduire le parent à tenter de retrouver cette illusion primaire, en reconstruisant la matrice symbiotique postnatale. Mais cette illusion, secondaire, sera alors défensive, car elle contiendra la connaissance de l'altérité, de la séparation psychique brutale et précoce, et elle sera au service du maintien à tout prix de la *symbiose*, de la non-séparation, pour éviter le retour des effets désintégrateurs dus à l'expérience traumatique de l'altérité absolue.

7.5.2. Lien symbiotique : traitement des problématiques narcissiques et œdipiennes

Le fantasme qui anime alors le parent ou la famille est celui de réintroduire l'enfant dans le ventre maternel, dans l'utérus familial, pour qu'il se répare, mais aussi pour qu'il répare le ventre familial, qu'il reconstitue la complétude narcissique du corps familial qui a volé en éclats.

La nature symbiotique du lien parent-enfant telle que la génère le handicap rend compte de l'hypertrophie de la dimension narcissique du lien de filiation, comme dirait Jean Guyotat (1991). Ainsi, par exemple – et c'est là un indice de cette filiation narcissique –, on peut fréquemment observer des situations de « rapt » de l'enfant porteur de handicap : l'enfant peut être rapté par la mère, enfermé dans une position d'enfant-de-la-mère, avec exclusion et disqualification du père et de la lignée paternelle ; l'enfant peut aussi être pris par, ou donné à, la grand-mère (souvent maternelle) qui se « sacrifie » pour élever l'enfant, pour protéger la mère de l'effondrement, de la destructivité mélancolique. Si l'enfant est parfois « donné » à la grand-mère, c'est aussi quelquefois toute la famille qui se retrouve ainsi prise en charge voire hébergée par des grands-parents.

Si l'enfant-handicapé-enfant-de-la-mère témoigne de la dimension narcissique du lien de filiation, il témoigne aussi de la problématique œdipienne que vient parfois masquer cette inflation narcissique. Si le statut d'enfant de la mère est supporté par le fantasme que j'évoquais de réintroduction de l'enfant dans le ventre maternel, ce statut parthénogénétique peut également être défensif contre une position d'enfant de la scène œdipienne infantile coupable. Le handicap réactive, alimente les fantasmes incestueux. Il représente la punition expiatoire du désir coupable, de la faute.

Si les fantasmes incestueux sont mobilisés, si l'enfant devient un « enfant de la faute », un « enfant de la honte », on peut dire que l'anomalie rend possible le déploiement du fantasme incestueux dès lors que, par elle-même, la faute a déjà été expiée. Pour comprendre cette idée, il est possible de la rapprocher de celle développée par Gilles Deleuze à propos du masochisme (1967) : Deleuze met bien en évidence les bénéfices du masochiste (sexuel) qui ne se résument pas au plaisir pris dans la douleur ou dans la punition, mais qui concernent davantage le plaisir et la jouissance pris dans ce que la punition permet, le plaisir et la jouissance pris dans la transgression que la punition préalable autorise. De la même manière, Freud (1916a) décrit, à propos du Richard III de Shakespeare, l'être d'exception que prétend devenir, en dédommagement, celui que la nature a injustement accablé de difformités. Parce qu'il a été injustement blessé, victime de préjudices congénitaux, le sujet pourra devenir un être d'exception, il pourra transgresser : jouer au scélérat, assassiner et faire tout ce qui lui plaira, comme dit Freud à partir des termes de Shakespeare. La punition, la rétorsion qui a été préalable autorise ainsi la transgression, dans le registre du meurtre, comme ici, ou bien dans le registre sexuel.

La transgression concerne aussi le désir d'enfant, autrement dit le désir de prendre la place du parent. Le handicap répond dans le fantasme à la transgression et confirme l'interdit de parentalité ou de sexualité, celles-ci étant réservées, dans la logique œdipienne, infantile, à la génération précédente. Dans le même temps, parce que la faute a été punie, expiée, le handicap autorise le désir incestueux que le lien symbiotique vient éponger, et que la honte, éventuellement, vient garder.

On voit ainsi comment l'anomalie, la psychopathologie précoce, le handicap de l'enfant, comme d'ailleurs un certain nombre d'autres traumatismes, réchauffe, mobilise différentes générations de conflits où s'articulent des problématiques narcissiques et des problématiques œdipiennes.

Le lien narcissique est entretenu par le rapport particulier au temps qu'impose le handicap : le temps est immobilisé ; cet enfant-là sera un enfant pour toujours. L'une des premières questions que pose tout parent devant la découverte d'un handicap consiste à demander : « Qu'est-ce qu'il deviendra quand on ne sera plus là ? » L'enfant est d'emblée mis à une place d'enfant que le parent se gardera à jamais. Un tel lien peut aussi parfois se colorer de jouissance.

7.5.3. Symbiose destructrice et identification projective

Si le lien avec l'enfant porteur de handicap est souvent de nature symbiotique, si toutes les figures de la symbiose peuvent s'y retrouver, on observera fréquemment dans de tels liens l'œuvre de la symbiose destructrice. L'enfant sera, par exemple, d'autant plus idéalisé qu'il est désinvesti ; le discours parental énonçant l'attachement et l'amour sans faille sera contredit par des attitudes ou des actes révélant l'hostilité déniée ; à la séparation impossible se substituera un éloignement démesuré, un placement brutal, urgent et inattendu, etc. Dans la figure de la symbiose destructrice, chacun détruit mutuellement l'autre : « Chaque jour qui passe, il y a une partie de moi qui meurt », disait une mère d'enfant gravement encéphalopathe. Le désespoir consume le moi.

Toutes les figures de la symbiose familiale autour d'enfants porteurs de handicap sont au service de la réparation du dommage narcissique, et de la tentative d'élaboration du manque traumatique (qui souvent, dans le même temps, et par le fait même de la symbiose, échoue à s'élaborer).

Par ailleurs, la symbiose est un état du lien constitué par le travail de l'identification projective. La rencontre avec le handicap exacerbe, du côté du parent, la nécessité d'user des processus projectifs identificatoires. « Elle ne pourra jamais se passer de moi », disait la

mère d'une petite fille porteuse d'un handicap grave. « Je suis tout pour elle et elle est tout pour moi. *Je suis elle et elle est moi.* Je suis son ange. Car elle ne peut pas se défendre, elle ne peut pas parler ni bouger. Je le fais pour elle. Je pense pour elle. Je comprends tout d'elle, je la connais par cœur. Je sais ce qu'elle désire... » Le maintien de cette illusion symbiotique, de cet état quasi hallucinatoire voire délirant, de cette conviction de clairvoyance, par l'utilisation massive des processus d'identification projective, a pour objet d'éviter le deuil dû à la séparation brutale et traumatique, aux effets traumatiques de l'altérité absolue.

7.6. Positions défensives maniaque et mélancolique

Différents moyens défensifs s'offrent à la psyché parentale pour se soustraire à l'impact traumatique. J'ai évoqué plusieurs de ces défenses en décrivant des effets traumatiques qui sont déjà eux-mêmes des défenses pour se protéger de l'impact traumatique : sidération de la pensée, déploiement de fantasmes de culpabilité ou de transmission, reconstitution d'une symbiose secondaire. J'ajouterai et soulignerai l'oscillation fréquente, que l'on peut observer dans la famille, entre deux positions défensives extrêmes : une position maniaque et une position mélancolique – positions que j'ai évoquées au chapitre 16.

7.6.1. Position maniaque

La position maniaque est organisée autour d'illusions, de dénis – ce n'est pas tant la réalité du handicap qui est déniée que les affects, les émois liés à la rencontre avec le handicap. La position maniaque contient aussi des idéalisations. L'enfant porteur de handicap peut devenir un enfant merveilleux, messianique, qui va sauver la famille en lui donnant une mission narcissiquement valorisante, celle de « sauver un enfant handicapé ».

La voie de l'idéalisation est souvent ouverte sur le chemin de l'enfant porteur de handicap, et l'être d'exception idéalisé devient parfois, par voie de conséquence, tout-puissant et tyrannique. Nombre d'enfants porteurs de handicap deviennent des enfants tyranniques. L'idéalisation est un processus schizoïde. Elle permet de tenir éloignée la partie clivée persécutrice, objet de sentiments dépressifs ou de sentiments hostiles ainsi que de violents sentiments d'envie à l'égard des maternités heureuses.

La position maniaque contient l'illusion d'une réparation magique possible, laquelle se traduit, par exemple, par une agitation visant à tout faire pour combler les déficits et combler le manque que fait vivre l'enfant à ses parents.

7.6.2. Position mélancolique

À l'opposé de cette position maniaque, on trouve donc la position mélancolique, caractérisée par les désinvestissements (de l'enfant ou bien des progrès possibles que pourrait réaliser l'enfant), les illusions négatives (illusion que tout est perdu, que plus rien ne vaut la peine d'être tenté ni espéré, etc.). La position mélancolique ne correspond pas à un état de deuil et ne permet pas le travail de deuil, elle traduit plutôt une culture du deuil.

Dans la position maniaque comme dans la position mélancolique, ce sont le désespoir et la culpabilité persécutrice qui œuvrent en profondeur chez le parent, et qui chargeront l'enfant d'un fardeau supplémentaire, chaque fois qu'il aura à commercer avec ses imagos parentales (imagos disqualifiées, détruites, irréparables, non fiables, non sécures, etc.).

7.6.3. Impacts des défenses maniaques et mélancoliques sur les soignants

Les défenses maniaques et mélancoliques contaminent ou traversent également les soignants. Les aspects maniaques, chez les parents, chercheront des alliances chez les soignants. Si ceux-ci ne partagent pas leurs illusions, ils seront vécus comme des persécuteurs qui tentent de rendre ou de garder l'enfant handicapé. De même, les familles prises dans un négativisme total tenteront de désespérer les soignants, seuls dépositaires d'un espoir, qui n'est qu'un espoir fragile. Si les soignants ne sont pas contaminés par le désespoir massif, ils seront sans cesse disqualifiés dans leur investissement de l'enfant. La disqualification du soignant de la part du parent répondra à celle qu'a vécu le parent face à son enfant, le parent qui a été disqualifié dans ses compétences parentales, dans son sentiment de parentalité.

SECTION 3

Psychopathologie de l'adulte

A. Ferrant

CHAPITRE 19

Pôle d'organisation névrotique du psychisme

Le terme « névrose » est utilisé dans le vocabulaire psychopathologique de façon assez floue. Sont qualifiées de névroses des formes d'organisations psychopathologiques qui n'ont rien de spécifiquement névrotique. Comme nous l'avons souligné, le psychisme est pluricentré. Il est cependant utile de dessiner les modèles de ces différentes formes d'organisations typiquement névrotiques, même si ces formes ne se rencontrent jamais de façon pure dans la pratique clinique. Il est nécessaire de différencier ce qu'on appelle les « névroses », au sens où Freud parlait de psychonévroses de défense, et les modalités psychopathologiques qualifiées de névrotiques, mais dans lesquelles, bien souvent, on repère des formes narcissiques-identitaires du fonctionnement psychique.

Au total, ce sont les modalités préférentielles du traitement de la conflictualité et de la souffrance qui permettent de qualifier tel ou tel mode de fonctionnement psychique comme étant plutôt névrotique ou plutôt état limite.

1. Définitions des névroses

1.1. Essai de définition générale d'après Laplanche et Pontalis

La dynamique névrotique désigne une modalité du fonctionnement du psychisme dans laquelle les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit qui trouve ses racines dans l'histoire du sujet, et constituent un compromis entre le désir et la défense. Le conflit est de nature sexuelle, irréductible à l'éventuelle matérialité d'un incident ; il se réfère aux avatars de l'évolution libidinale et à l'organisation œdipienne. Ce conflit structurellement œdipien est toutefois susceptible

de se traduire par des modalités symptomatiques qui empruntent des voies multiples. Il est donc essentiel de distinguer le symptôme, les modes défensifs prévalents et la nature de l'angoisse. Le conflit névrotique nodal se situe entre le surmoi et les pulsions sexuelles. En ce sens, seules peuvent être considérées comme névroses les trois grandes organisations que Freud qualifie un temps de « psychonévroses de défense » : l'hystérie – dans ses deux formes, hystérie de conversion et hystérie d'angoisse – et la névrose obsessionnelle. La névrose actuelle comme la névrose traumatique sont des cas à part dans la mesure où leurs sources tiennent davantage aux difficultés économiques de décharge de l'excitation, qu'à des conflits de nature œdipienne liée à l'histoire du sujet.

Cette définition très générale librement inspirée par J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967) est évidemment discutable, mais elle a l'avantage de marquer une frontière entre névroses « authentiques » et « fausses » névroses.

1.2. Névroses « authentiques » et « fausses » névroses

Le pôle d'organisation névrotique du psychisme implique la reconnaissance d'une double différence, sexuelle et générationnelle. Cette double différence est le sommet apparent d'une pyramide qui suppose, en amont, toute une série d'autres étapes et d'autres franchissements différenciateurs.

Sans reprendre ce qui a été précédemment développé par R. Roussillon et A. Ciccone, on peut esquisser un profil qui rassemble les formes authentiques de souffrance névrotique. L'enjeu fondamental du travail psychique est de pouvoir différencier représentation et perception. L'enfant doit pouvoir construire tout un ensemble de signaux lui permettant de distinguer s'il investit, actuellement, une représentation ou une perception. Le processus passe par la « représentation de la représentation », c'est-à-dire une modalité autoreprésentative du fonctionnement psychique. Ce travail se déploie d'abord au travers de la chose qui représente la représentation, se poursuit par l'investissement de l'objet transitionnel, jusqu'aux formes les plus élaborées de l'activité de représentation. La problématique œdipienne vient nouer et conflictualiser ce processus dans la mesure où elle implique le renoncement à l'objet, à la chose elle-même, en érigeant l'instance surmoïque post-œdipienne. Les souffrances névrotiques se situent précisément à ce carrefour, ou à ce palier, qui impose le renoncement, donc le deuil, des modalités antérieures liées à tel ou tel objet particulier.

La ligne de partage entre organisations authentiquement névrotiques et « fausses » névroses passe précisément par ce palier.

- Au sein des organisations authentiquement névrotiques, les différences sont acquises, ou suffisamment acquises, et toute la difficulté, donc la souffrance, provient du refus d'en traverser les multiples déclinaisons. Que ce refus trouve ses racines dans les aléas de l'histoire individuelle ne change rien à l'existence organisationnelle de ce pôle.
- Les « fausses » névroses, par exemple les névroses de caractère ou les névroses de comportement, relèvent de formes cicatricielles. Elles puisent leurs racines non dans la difficulté à traiter les enjeux de la double différence, mais dans les conditions mêmes de développement du processus représentatif. Elles relèvent davantage du pôle narcissique-identitaire que du pôle névrotique.

2. Traitement des névroses : psychothérapie et psychanalyse

La question des traitements des souffrances névrotiques est évidemment complexe. Elle épouse l'histoire de la psychanalyse et puise ses racines dans la « préhistoire » de la psychopathologie. Il serait sans doute arbitraire de placer les souffrances de type névrotique comme unique fil rouge de l'émergence du concept de vie psychique, mais on doit reconnaître que c'est la prise en compte suffisamment sérieuse de ces conjonctures qui a offert à Freud les clés essentielles. À l'opposé de l'altérité apparente des psychoses, les névroses ouvrent un espace de proximité et d'étrangeté marqué par les destins du sexuel. Si, comme le souligne Freud dans *Malaise dans la civilisation* (1929), l'édification de la culture suppose le renoncement aux satisfactions sexuelles directes, alors les souffrances névrotiques disent le « dessous des cartes », l'envers du processus civilisateur et l'importance de la dimension sexuelle en son sens le plus large.

2.1. Fin de la position hégémonique de la psychanalyse

Pendant toute une période, la psychanalyse a été en position hégémonique dans la prise en charge et le traitement des souffrances d'origine névrotique, mais il n'en va plus de même aujourd'hui. Sans développer le détail des enjeux historiques d'un tel glissement, on peut malgré tout distinguer quelques grandes lignes.

- La première tient probablement au fait que, derrière les souffrances apparemment névrotiques, d'autres modalités se faufilent. La psyché est un système hypercomplexe et ne peut pas se réduire à quelques

traits ou complexes saillants. La pensée psychanalytique se complexifie au cours du temps et les façons d'aborder, de penser et de traiter les souffrances psychiques ont considérablement évolué, même si les principes de méthode restent peu ou prou les mêmes.

- La deuxième ligne est une conséquence de la première. Une certaine orthodoxie a pu freiner l'exploration de voies nouvelles, ou considérer ces dernières, sans examen plus approfondi, comme hors champ. Une des figures emblématiques de cette curiosité entravée par le poids des conventions est S. Ferenczi, dont le dialogue avec Freud a été constant, en même temps qu'il a exploré douloureusement des voies qui semblent aujourd'hui aller de soi. Il est certain que les résistances propres au travail psychanalytique lui-même, conjuguées au sentiment de passer à travers une moulinette interprétative codée d'avance, ont éloigné de la psychanalyse un certain nombre de chercheurs ou de cliniciens potentiels qui se sont réfugiés dans les zones apparemment dégagées d'une pensée rationnelle.
- La troisième ligne, plus générale, tient à l'évolution sociale actuelle, aux mutations technologiques de nos sociétés et aux faux-semblants qu'elles génèrent. À l'opposé d'une immédiateté de la satisfaction, le processus psychanalytique n'a rien d'autre à offrir que du temps, des méandres, des lignes indirectes et une certaine forme de renoncement. Ce n'est évidemment pas très « vendeur » dans un monde où un simple « clic » nous met en lien avec l'univers entier. La sexualité est accessible sans rêverie, comme bien de consommation virtuel, et on comprend mal comment, devant cette avalanche d'images, on pourrait se sentir intrigué par ce qui se passe en soi, par les frémissements ou les bruissements du monde pulsionnel.

Ces perspectives pourraient facilement inciter à enterrer la psychanalyse, et la conception de la psyché qu'elle véhicule, si on ne s'avisait de constater que ce déploiement d'artifices relève d'une stratégie d'évitement, voire d'une procédure défensive. Il suffit d'observer comment « fonctionnent » certaines approches thérapeutiques actuelles censées plus efficaces que la psychanalyse, pour s'apercevoir qu'elles sont construites sur une forme d'évitement du lien, de rationalisation radicale de tout mouvement affectif et de tout attachement. La dimension sexuelle est évidemment évacuée, comme la dynamique transférentielle. La rapidité revendiquée des traitements est précisément là pour éviter le développement transférentiel, et on se retrouve – mais cela n'étonne pas les cliniciens – devant la question déjà rencontrée par Freud, lorsqu'il différenciait hypnose et psychanalyse. L'une est rapide, mais ne résout pas l'essentiel ; l'autre est

plus lente, plus profonde, contourne le symptôme et ouvre parfois sur un changement radical du rapport de soi à soi.

2.2. Développement de la psychothérapie

Dans le sillage de la psychanalyse, de ses tâtonnements et de ses exclusives, sont nées des modalités psychothérapeutiques multiples, qui toutes essaient de pallier les manques ou les défaillances historiques de l'abord métapsychologique. Il est possible de considérer que toute demande est au minimum double : on veut changer, ôter les sources d'une souffrance, mais à condition de ne pas toucher le reste. Une patiente exprimait cette double exigence de la façon suivante : « Je veux faire une analyse, à condition de ne pas divorcer avec mon mari. » De nombreuses psychothérapies s'engouffrent dans cette brèche, en faisant le pari que l'on peut changer en surface, sans toucher au fond, que l'on peut se transformer sans déséquilibre et que la souffrance générée par le changement est évitable. Les principes qui animent et soutiennent ces approches sont le plus souvent des morceaux de psychanalyse détachés de l'ensemble, des points de vue justes mais qui, isolés d'une conception générale, se donnent de façon illusoire comme totalité.

La formation des psychothérapeutes est une question cruciale. On peut d'emblée reconnaître qu'ils accomplissent en majorité un travail à la fois sérieux et, jusqu'à un certain point, efficace. Par ailleurs, beaucoup d'entre eux ne savent pas ce qu'ils font, non qu'ils agissent de façon inconsidérée, mais parce qu'ils ignorent le plus souvent les enjeux de leur action. Ils mettent en œuvre des dispositifs et des méthodes ; certains travaillent plutôt à partir d'intuitions ; d'autres habillent leur action de toute une théorisation plus ou moins complexe.

Si l'on fait exception des escrocs – toute profession en abrite quelques-uns, des psys aux médecins, des hommes politiques aux enseignants et des économistes aux agriculteurs –, la plupart des psychothérapeutes mettent en travail un aspect de l'édifice psychique et une forme de processus. Ils peuvent apporter beaucoup à la psychanalyse, à partir de la somme des expériences relationnelles qu'ils ont accumulées ; en retour, la psychanalyse peut leur apporter une vue d'ensemble, une mise en relation réciproque de ce qu'ils engagent au quotidien.

2.3. Enjeu du traitement des souffrances névrotiques

Dans ce cadre général, les souffrances névrotiques forment un enjeu de taille. Les patients sont, en tant qu'êtres humains, portés à croire que l'on peut changer un peu, sans mise en perspective d'ensemble.

Dès les commencements de la psychanalyse, l'évidence s'est imposée. L'exploration de soi, de son histoire, de ses recoins les plus masqués n'opère pas sans un lien à autrui. Affirmer que l'on ne s'en sort jamais tout seul implique la présence d'un autre semblable, et surtout un certain type de lien à cet autre semblable. Le transfert est indissolublement noué à l'humain. Chaque être s'humanise dans le rapport avec un autre humain. Il se construit au sein d'une subjectivité partagée, et il n'existe pas d'autre chemin pour se transformer. Si le transfert constitue la matrice de toute transformation, l'énergie spécifique utilisée, le carburant de vie, doit être cherché du côté du sexuel. R. Roussillon définit le sexuel dans sa spécificité et ses dimensions multiples. Au-delà d'une approche simpliste qui ramène le sexuel au sexe, et plus trivialement aux pratiques, on s'aperçoit que tout être humain doit répondre à, et répondre de, cette exigence spécifique. La subjectivité est inhérente à cette dimension.

Si on dépasse les enjeux techniques, dispositif divan-fauteuil, face-à-face, psychodrame ou dispositif à médiation, on peut dégager les conditions de possibilités d'un processus thérapeutique. Le transfert implique la resexualisation d'un certain nombre de paramètres et la reconflictualisation de ce qui était cicatriciel et comme arrêté. Le travail de cet ébranlement psychique, condition basale de la transformation, suppose une suffisante familiarité avec d'une part les modalités du fonctionnement psychique, et d'autre part les processus psychopathologiques.

3. Caractéristiques communes des organisations psychiques névrotiques et de leurs expressions psychopathologiques

Au-delà de la diversité des formes et des symptômes, nous pouvons dégager des caractéristiques communes aux organisations névrotiques du psychisme et à leurs expressions psychopathologiques – hystérie de conversion, hystérie d'angoisse et névrose de contrainte (névrose obsessionnelle).

En dehors des modalités conflictuelles soulignées – conflit entre le surmoi et les pulsions sexuelles, conflictualité liée à l'histoire infantile, problématique fondamentalement œdipienne –, on peut mettre en évidence d'autres facteurs communs.

- Le lien avec la réalité n'est jamais aboli. Certes, les expressions symptomatiques peuvent entraîner des distorsions au niveau de la communication, des formes interprétatives erronées du rapport aux autres et au monde, mais le sujet reste, de bout en bout, constitué.

- Le lien à l'objet est maintenu à l'horizon de la psyché. Cet objet est suffisamment constitué comme autre et sexuellement différencié. Le symptôme névrotique est toujours une adresse à un autre objet. C'est une sorte de dialogue avec les objets parentaux de l'enfance, via l'instance surmoïque. Ce sont la nature et le contenu de ce dialogue qui sont à décrypter.

Deux autres caractéristiques sont communes aux formes névrotiques :
- la nature de l'angoisse ;
- les destins du refoulement.

Il est possible de « modéliser » le développement des névroses à partir de ces deux facteurs.

Il existe deux théories de l'angoisse dans l'œuvre de Freud : la première (1915c) désigne le refoulement comme cause de l'angoisse ; la deuxième (1926) inverse le rapport : l'angoisse devient la cause du refoulement.

3.1. Première théorie de l'angoisse (Freud)

Le système représentatif, au sein de la psyché, repose sur le lien entre représentation et quantum d'affect. Toute représentation est liée, nouée, associée à une certaine quantité d'énergie psychique, l'affect.

Nous partons de la formule R/Q dans laquelle « R » est la représentation et « Q » le quantum d'affect. Le refoulement, nous l'avons vu, ne concerne que la représentation. Lorsque l'affect disparaît, on parle plutôt de répression. L'effet du refoulement est de détacher la représentation de son quantum d'affect. À ce moment, le quantum d'affect est délié, il redevient libre, et cette augmentation de la quantité d'énergie psychique non liée au sein de la psyché est ressentie comme angoisse. En d'autres termes, dans le cadre de la première théorie, l'angoisse est le signe qu'un refoulement a eu lieu. C'est une sorte de preuve : l'angoisse apparaît quand le refoulement s'est produit. L'angoisse est la trace du refoulement. Nous verrons plus loin qu'il est possible de modéliser la genèse des trois névroses authentiques à partir de ce modèle.

3.2. Deuxième théorie de l'angoisse (Freud)

Cette deuxième théorie est exposée dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926). La question que pose Freud est de savoir ce qui provoque le refoulement.

Les premières réponses passent par l'intervention de la censure, mais la question devient aussitôt de savoir comment se construit la

censure. Quelles sont sa source, sa cause et son origine ? L'hypothèse de Freud est la suivante : si le refoulement est impératif, c'est qu'il répond à une situation de danger potentiel. Le refoulement intervient pour « sauvegarder » quelque chose. Freud avance l'idée que l'angoisse fondamentale chez l'être humain est angoisse de perte de l'amour de l'objet. Dès qu'une représentation est susceptible de faire courir ce risque, elle est immédiatement refoulée dans le processus même de son devenir conscient. L'angoisse change donc radicalement de statut : elle n'est pas un effet du refoulement mais sa cause. Elle n'est pas seulement présente après le refoulement, comme trace de celui-ci, tel que l'impose le premier modèle, mais aussi avant le refoulement. Elle n'est pas un effet du refoulement mais sa condition nécessaire et impérative. À partir de là, c'est tout le système qui pivote et se présente sous un nouveau jour.

Avant de développer cette perspective, nous allons voir comment se différencient les névroses authentiques – hystérie de conversion, hystérie d'angoisse et névrose obsessionnelle – à partir du premier modèle de l'angoisse. Ensuite, nous verrons quels enjeux la deuxième théorie de l'angoisse introduit, et en quoi elle est susceptible de modifier notre point de vue.

4. Névroses authentiques

4.1. Hystérie de conversion

Dans l'hystérie de conversion, le premier modèle de la théorie de l'angoisse se décline ainsi :

$$R/Q \Rightarrow \text{refoulement} \Rightarrow ./Q \Rightarrow \text{conversion}/Q$$

Par exemple, en séance, une patiente fait une crise de spasmophilie. Le contexte d'apparition de cette crise est le suivant : lorsqu'elle était petite, chaque dimanche après-midi, ses parents lui disaient d'aller jouer en bas de l'immeuble avec ses camarades. Elle était très attachée à ses parents, particulièrement à son père. Si le temps était pluvieux, elle essayait de retourner dans l'appartement mais la porte était fermée. Elle évoque alors sa peur d'être abandonnée, laissée seule, et déclenche immédiatement une crise de spasmophilie. Dans ce cas, la représentation R vise la scène sexuelle entre les parents qui exclue la petite fille en même temps qu'elle entraîne une excitation importante.

La représentation refoulée est « signifiée » autrement dans et par le symptôme corporel. La patiente se met à trembler de tout son corps, les yeux fermés, la respiration haletante. Les choses sont dites

sur une autre scène, suivant un autre type de langage. Le quantum d'affect attaché à la représentation R désormais refoulée est immédiatement lié au symptôme corporel. Il n'y a donc pas, en théorie, de développement d'angoisse. La transformation est immédiate, ce qui implique ce que Freud appelle la « belle indifférence » de l'hystérique à l'égard de ses symptômes. Le sujet hystérique ne se sent pas impliqué dans ce qui lui arrive. Il s'agit, à ses yeux, d'une manifestation purement corporelle. L'hystérique se sent psychiquement étranger à ce qui lui arrive.

Dans l'hystérie de conversion, le symptôme corporel représente une traduction de la représentation R refoulée ; il en est l'équivalent. La question est alors de savoir pourquoi le corps est requis pour exprimer le conflit non traitable par les voies de la représentation. On est conduit à supposer qu'un certain nombre de préconditions sont requises pour que cette modalité d'expression soit spécifiquement mobilisée.

Des travaux récents (voir Rupprecht-Schampera, 1996) soulignent la précocité des enjeux de l'hystérie de conversion. La question peut être posée de la façon suivante : comment le corps peut-il faire preuve d'une telle plasticité ? C'est en ce point que doivent être distingués deux types de mises en jeu du corps : la conversion et la somatisation, surtout du point de vue psychopathologique. Nous verrons toutefois que cette différence nécessaire d'un point de vue diagnostique pose des problèmes et mérite que l'on s'y attarde quelques instants.

4.1.1. Conversion

La conversion consiste dans la transformation d'une représentation refoulée en symptôme qui met le corps en scène. Dans la conversion, on reste dans le domaine du sens, du désir, de l'adresse à un objet différencié de soi et sexué. Le corps mis en scène dans le processus de conversion n'est pas le corps somatique. C'est un corps sexué et fantasmé, un corps libidinal.

Lorsque Freud s'intéresse aux paralysies hystériques (1893), il se rend compte, à la suite de Charcot, que les symptômes sont atypiques et reposent sur une conception du corps et de ses articulations nerveuses parfaitement fantaisiste. Les paralysies hystériques s'écartent des paralysies neurologiques dans la mesure où elles font appel à une conception imaginaire du corps. Cette conception se construit dans le mouvement même des premiers échanges avec l'objet. Nous n'avons pas une représentation immédiate de notre corps. Le corps ne nous est pas donné d'emblée, mais il se construit dans et à travers

le lien avec autrui (McDougall, 1982, 1989). Le rapport avec notre corps passe obligatoirement par l'autre et précisément les soins apportés par l'autre semblable. Entre notre corps et nous, il y a la trace de l'objet. Les soins apportés dans les premiers moments de vie permettent la constitution des autoérotismes, c'est-à-dire des processus qui favorisent le plaisir à être soi, dans son corps. Se sentir bien implique la construction d'autoérotismes qui génèrent des sensations de plaisir et de bien-être.

La mise en route des autoérotismes ne suffit toutefois pas à elle seule. Elle implique parallèlement que les besoins corporels soient également satisfaits et que l'objet, « la personne bien au courant » (Freud, 1895a) éprouve du plaisir en accomplissant les gestes nécessaires. Le plaisir à être soi contient à la fois le plaisir de fonctionnement, le plaisir lié à la satisfaction des besoins corporels, et le plaisir partagé avec l'objet. La satisfaction des mouvements autoérotiques et des besoins corporels étaye la construction d'une image du corps différente du corps somatique. Le corps somatique est doublé, dupliqué, au sein d'un corps fantasmé, autoérotique. C'est sur la scène de ce corps érotique que vient s'inscrire le symptôme de conversion.

4.1.2. Somatisation

Le processus de somatisation est différent du processus de conversion dans la mesure où il touche directement le corps somatique. L'éventualité de la somatisation pose le redoutable problème du « saut » entre le psychique et le corporel. Le langage commun tend à banaliser le processus de somatisation en supposant que l'on « fabrique » une maladie pour exprimer une difficulté ou pour échapper à un conflit. Nous reviendrons sur ces questions dans le chapitre « Pôle psychosomatique », mais nous pouvons dès maintenant souligner que la somatisation, comme processus touchant au corps, ne génère pas de « fausses maladies » mais implique l'organisme biologique, et en dernière instance l'autoconservation.

Le corps et la psyché ne forment pas des entités différentes, mais sont dans un rapport extrêmement étroit. L'affect, en tant qu'il est à la fois une modification physiologique du corps et un éprouvé psychique, constitue le modèle princeps pour penser l'approche psychosomatique. Tout ce qui advient en nous, tout ce qui est éprouvé, possède un plus ou moins fort retentissement corporel, de même que tout ce qui touche au corps est traduit, d'une façon ou d'une autre, au niveau psychique. Les choses sont évidemment beaucoup plus complexes dès que l'on aborde la question des maladies qui mettent la vie en jeu.

On a longtemps pensé que les patients dits psychosomatiques présentaient un mode de fonctionnement psychique particulier désigné par les termes de pensée ou état « opératoire » (Marty, 1976, 1980 ; Smadja, 1998). On s'est aperçu que la clinique ne confirme pas toujours ces hypothèses et qu'il existe des patients psychosomatiques qui ne présentent pas systématiquement les traits habituels du fonctionnement opératoire (Dumet, 2002). On a également mis en évidence que le fonctionnement opératoire concerne à peu près tout le monde. C'est un type de fonctionnement accessible au moi comme modalité défensive (Guillaumin, 1988). Il n'est donc pas strictement caractéristique des troubles psychosomatiques.

C'est du côté de l'affect qu'il faut chercher le lien, ou l'interface, entre psyché et soma. Lorsqu'on est atteint par une maladie grave, qui nécessite des soins lourds et parfois handicapants, on ne dispose pas d'un appareil psychique en parfait état de fonctionnement. Freud (1914) souligne que la douleur physique mobilise une bonne part des investissements de la psyché. Celle-ci adopte un mode économique de fonctionnement, un processus opératoire, qui semble parfaitement réversible. La psyché fonctionne alors en logique de survie plutôt qu'en logique de vie. Le principe de plaisir est partiellement hors-jeu, et c'est plutôt le principe de « souffrance/non-souffrance » qui prend le devant de la scène. Tout comme la santé psychique implique la capacité de se déprimer de temps en temps, la santé physique implique la capacité d'être parfois malade (Debray, 2001). Cette capacité montre que les besoins du corps s'expriment à travers la nécessité d'un temps d'arrêt, d'une transformation du rythme des investissements, et la modification provisoire, quantitative et qualitative, des dépenses physiques quotidiennes.

4.1.3. Parenté de la conversion et de la somatisation

Si conversion et somatisation signent deux processus différents, l'un relevant de l'hystérie et l'autre relevant de la psychosomatique, entraînant donc des diagnostics différents, la question n'est pas pour autant résolue. On peut en effet se demander si, fondamentalement, conversion et somatisation n'entretiennent pas une certaine parenté.

On a longtemps pensé que le symptôme psychosomatique, à la différence du symptôme hystérique, était « bête » (Marty et De M'Uzan, 1963), c'est-à-dire qu'il n'était porteur d'aucun sens à décrypter. Les travaux de J.-P. Valabrega (1980), J. McDougall (1989), C. Dejours (2001) et d'autres soulignent au contraire que le symptôme psychosomatique serait plutôt en attente de sens, qu'il

constituerait une sorte de message adressé à l'entourage, mais sans que soit repéré, dans sa visée, un objet différencié. On peut également considérer que la somatisation vient souligner les défauts de l'érogénéisation du corps. La somatisation viendrait mettre en évidence des accrocs ou des défaillances dans le processus d'investissement du corps. La somatisation concernerait spécifiquement les zones ou les fonctions corporelles insuffisamment investies et tramées par les autoérotismes et la satisfaction des besoins.

Par ailleurs, on peut interroger le choix de la névrose, c'est-à-dire la façon dont le symptôme de conversion est construit. Pourquoi telle zone corporelle ou telle fonction est-elle choisie ? Dans cette conjoncture, c'est peut-être un surcroît d'investissement érotique qui est à l'origine de la mise en avant de l'organe ou de la fonction comme zone symptôme. Dans la somatisation, au contraire, l'insuffisance d'investissement serait à la source.

Les travaux récents sur l'hystérie (Rupprecht-Schampera, 1996) soulignent le caractère trop excitant des liens précoces avec l'objet maternel. Le bébé est débordé et insatisfait par une relation qui ne l'apaise pas suffisamment. Dans cette conjoncture, l'enfant investit précocement le personnage paternel comme une figure maternelle apaisante. Cette stabilisation du lien est profondément bouleversée dans la mise en œuvre de la conflictualité œdipienne : le même débordement marqué par le trop d'excitations se retrouve dans le rapport avec le père comme il a marqué le lien précoce avec la mère.

L'hystérie de conversion, par la nature spécifique de son expression symptomatologique, met en évidence ses racines précoces. Comme nous l'avons souligné, les formes pures d'hystérie de conversion n'existent pas. On rencontre souvent des tableaux complexes, faisant appel à des expressions symptomatiques variées. De plus, ces sujets s'adressent rarement aux cliniciens ; ils se rencontrent dans les services de médecine des hôpitaux. Le tableau clinique est mêlé à des formes apparemment hypocondriaques. Ce sont généralement des sujets assez mal supportés par les équipes soignantes en raison de leur quête affective constante. En d'autres termes, le traitement de la conflictualité psychique par la conversion n'épuise pas à lui seul la souffrance. La quête d'autrui est constamment présente. C'est une quête ambivalente et contradictoire, faite de tentatives de rapprochement et de fuite, de demandes opposées les unes aux autres. La théâtralisation des conduites peut être plus ou moins marquée, mais elle souligne une défaillance de la gestion du lien à autrui qui doit être entendue et prise en compte.

À partir de ces constats cliniques, il est possible de considérer que l'hystérie, comme toute forme névrotique, est une tentative de résolution d'une souffrance qui ne s'épuise pas dans le champ de l'Œdipe mais plonge ses racines plus avant dans l'histoire du sujet. L'hystérie vient nouer et exprimer un noyau traumatique primaire (Khan, 1985) dans lequel les « besoins du moi » non reconnus tendent à trouver une manifestation « sexuelle ». Les réponses apportées enfoncent répétitivement le sujet dans des malentendus (Janin, 1996).

4.2. Hystérie d'angoisse

L'hystérie d'angoisse se construit sur le modèle de l'hystérie de conversion à la différence suivante : l'affect n'est pas immédiatement lié par la conversion. L'angoisse se développe, et c'est pour contrer ce développement que se met en place un mécanisme de défense complémentaire : le déplacement.

Le processus se déroule de la façon suivante :

R/Q ⇒ refoulement ⇒ ./Q ⇒ développement d'angoisse ⇒ R'/Q

Un patient consulte pour un état d'anxiété assez général. Il évoque, après quelques rencontres, une peur panique des araignées. Qu'elles soient réelles, petites, presque invisibles, aperçues en photographie ou dans un film, il se met à trembler de peur. Il doit quitter la pièce, prendre l'air et boire un verre d'eau. Le soir, il doit penser à des choses heureuses pour ne pas être envahi par des images d'araignées. Une partie du travail thérapeutique a consisté à comprendre ce que cette représentation R' venait remplacer. Il évoquera beaucoup plus tard une autre scène. Adolescent, lors d'un voyage avec ses parents, ils dormaient dans la même chambre d'un hôtel. Son lit était en face de la porte de la salle de bain. Sa mère prenait une douche et il l'a vue nue. En particulier, il a vu ses poils pubiens qui brillaient et semblaient s'animer avec le ruissellement de l'eau. Cette scène est la représentation R qui a été refoulée, et remplacée par R' (les araignées). R et R' se ressemblent par au moins trois détails, la couleur, le mouvement et les pattes allongées qui évoquent les poils pubiens. La phobie a disparu rapidement après le rapprochement entre les deux représentations.

La représentation R' est associée au quantum d'affect et permet, en théorie, la disparition de l'angoisse. La représentation R' est un déplacement de la représentation R. Elle est en lien avec elle de façon associative. Dans le cas Emma, Freud (1895a) souligne les ponts

associatifs existant entre la scène initiale de séduction chez l'épicier (R) et la scène ultérieure dans le magasin avec les commis qui rient (R').

Il faut noter que l'hystérie d'angoisse ne présente pas le même degré de « réussite » que l'hystérie de conversion. Le sujet doit avoir recours à un objet externe qui représente l'objet interne refoulé. Ce qu'il ne peut pas complètement éviter au-dedans par le moyen du refoulement, il cherche à l'éviter au-dehors par la motricité. La constitution de l'objet phobique permet au sujet de mettre le refoulement en acte. Cependant, il faut souligner que dans ce cas, on assiste à un échec partiel du refoulement. Il se produit un retour du refoulé constant auquel le sujet cherche à échapper par d'autres moyens.

4.2.1. Situations phobiques courantes

Les situations phobiques sont courantes dans la vie quotidienne. Elles n'ont pas toutes un caractère psychopathologique au sens où elles ne désorganisent pas profondément la vie du sujet. Deux phobies répandues sont relatives aux souris et aux araignées. Les mécanismes de constitution et d'expression de ces phobies sont suffisamment typiques pour qu'on les examine de plus près.

Phobie de la souris

La souris (R') est une représentation qui renvoie à une représentation sexuelle (R) refoulée. Par ses caractéristiques physiques – le corps allongé, la longue queue, le fait qu'elle se faufile dans les trous –, la représentation de la souris est particulièrement apte à signifier toute une série fantasmatique en lien avec l'activité sexuelle. La représentation de la souris est omniprésente et fait constamment l'objet de procédures d'évitement. Elle est toujours présente parce que le sujet qui présente ce type de phobie ne cesse de penser qu'une souris pourrait se faufiler près de lui, ou simplement être là où il se trouve. La représentation de la souris est donc « inoubliable » ; elle occupe l'horizon de la psyché. Cela souligne le relatif échec du refoulement : la représentation ne cesse de faire retour mais de façon déguisée.

Le sujet met alors en route des procédures d'évitement voire de fuite. Il va demander à quelqu'un de l'aider à chasser l'éventuelle souris qui est d'autant plus proche de lui qu'elle est d'abord une représentation et pas l'animal réel. Un mécanisme est particulièrement important à repérer : la rationalisation. La souris est considérée comme un animal sale, vecteur de maladies, capable de souiller les aliments et l'environnement.

Phobie des araignées

La phobie des araignées fonctionne sur un schéma semblable. La représentation de l'araignée (R') se prête à toute une série d'équivalences : elle est velue, plus ou moins grosse, elle se faufile partout. Elle peut représenter le pénis (R), mais elle renvoie aussi aux organes génitaux féminins et, en dernière instance, à la mère intrusive et pénétrante (R). Comme dans le cas de la souris, la rationalisation vient nouer le processus phobique : les araignées sont des animaux dangereux susceptibles de tuer. Une jeune patiente adolescente racontait que chaque fois qu'elle voyait une araignée, elle était persuadée que celle-ci allait la poursuivre et lui sauter dessus.

On ne peut qu'être frappé par la ressemblance entre ce type de mécanisme et les processus transitionnels. Dans un cas comme dans l'autre, quelque chose est déplacé dans un objet extérieur qui perd son statut d'extériorité pour exprimer une part du monde interne. Cependant, dans un cas, les processus transitionnels assurent la continuité psychique au-dehors ; dans l'autre, on a le sentiment qu'il s'agit d'une pure et simple défense. L'un est normal, et s'intègre au processus développemental ; l'autre s'apparente plus à la psychopathologie, et vient signer un défaut du refoulement et des capacités psychiques d'élaboration.

4.2.2. Fonctionnement psychique normal et processus phobique

Le processus phobique, au sens large, appartient normalement au fonctionnement psychique. Il n'est en rien un avatar défensif, et représente la forme fondamentale d'élaboration psychique : le transit externe (R. Roussillon, 1992), la façon dont les représentations acquièrent un certain poids de réalité. La psyché ne cesse de se donner au-dehors des équivalents de ses processus internes. L'exemple des contes pour enfants (le loup, l'ogre) et des films ou séries télévisuelles (les requins, les capacités transformatrices de tel ou tel personnage) montre combien le petit enfant se construit en interaction constante avec le monde externe, combien il a besoin de traiter ce qui se passe à l'intérieur de lui, dans son monde interne, en transitant par les objets et les représentations que lui fournit la culture à laquelle il appartient.

C'est donc très globalement à partir du modèle du jeu et de la transitionnalité qu'il convient d'aborder la question des phobies. Elles peuvent être comprises comme une tentative de traitement qui ne parvient pas à résolution. Leur répétition et, d'une certaine façon, leur pauvreté et leur fixité montrent combien elles sont à la fois répétition d'une tentative de solution et répétition d'un échec.

4.2.3. Hystérie d'angoisse et phobies

Dans la perspective de l'hystérie d'angoisse, ces phobies, comme transit externe, réfèrent d'abord à l'objet, au sexuel et aux formes d'angoisse, castration et pénétration, qui lui sont liées. Ces formes de traitement voisinent avec des représentations sexuelles tout à fait assimilées par le sujet. Le sujet phobique peut, en même temps, évoquer le pénis ou les organes génitaux féminins, plaisanter, avoir une vie sexuelle suffisamment variée et présenter cette forme d'angoisse irrationnelle. Cette cohabitation n'est possible que si, à l'intérieur de la psyché, deux mondes peuvent fonctionner en parallèle. Le premier s'est construit sans difficulté majeure, les représentations s'intégrant les unes aux autres. Le second, en revanche, semble bloqué et prisonnier d'une répétition déconcertante. On est donc conduit à supposer l'existence d'un clivage ou, en tout cas, d'un double régime du fonctionnement psychique. Ainsi, la phobie semble s'acharner à traiter certains aspects du lien à l'objet, certaines caractéristiques de l'objet ou certaines formes pulsionnelles, en même temps que d'autres aspects sont suffisamment intégrés dans le fonctionnement psychique général.

4.2.4. Symptomatologie phobique

Il faut souligner combien la symptomatologie phobique peut être trompeuse. Les symptômes phobiques spécifiques de l'hystérie d'angoisse ont un lien marqué prévalent avec le sexuel. La substitution $R \Rightarrow R'$ est centrale dans la constitution du symptôme. D'autres formes phobiques échappent à cette spécificité. Ce sont généralement des formes assez floues et moins précises que ne le sont les représentations des souris, des araignées ou des objets coupants, par exemple. Ces phobies de situation (sortir, être enfermé) ne sont pas soutenues par une substitution $R \Rightarrow R'$ mettant en scène des angoisses de castration et/ou de pénétration, mais par des angoisses de séparation ou d'éclatement. De ce point de vue, elles ne relèvent pas d'un mode de fonctionnement névrotique. On est ici confronté à des phobies qui soutiennent l'édifice de la subjectivité et qui forment la poutre maîtresse de l'ensemble psychique, au point que leur suppression met en péril l'équilibre mental. Tout travail thérapeutique portant directement sur le symptôme qu'il conviendrait de faire disparaître risque de précipiter le sujet dans une décompensation dépressive ou psychotique beaucoup plus difficile à contrôler.

Cependant, dans les phobies névrotiques comme dans les phobies non névrotiques, on assiste à la répétition de l'échec d'une procédure classique du traitement psychique.

- Dans les phobies névrotiques, ce ne sont que certains aspects de l'objet qui sont traités, des aspects en lien avec la différence des sexes et les fantasmes de pénétration et de castration.
- Dans les phobies non névrotiques, ce sont des aspects beaucoup plus anciens qui sont alors noués dans le symptôme : les angoisses de séparation ou les aspects désorganisés du lien à l'objet, par exemple la défaillance de sa fonction de contenance.

La différence entre ces niveaux de traitement ne doit toutefois pas masquer la continuité profonde des processus. Toute phobie névrotique puise ses racines dans l'histoire précoce du sujet. Inversement, une phobie non névrotique est une tentative de traitement et d'élaboration, le signe d'une impasse, d'une situation bloquée, mais potentiellement dépassable.

4.3. Névrose obsessionnelle, névrose de contrainte

La névrose obsessionnelle peut être définie comme une hystérie qui a mal tourné. On assiste au même mécanisme initial que dans les formes d'hystéries précédentes. Toutefois, dans ce cas, le refoulement ne fonctionne pas de façon suffisamment efficace, et les mécanismes de défense mis en œuvre sont impuissants à endiguer l'angoisse et le retour de la représentation refoulée. Cet échec nécessite le recours à des systèmes de défense de plus en plus coûteux.

Le processus initial est le même que dans l'hystérie d'angoisse :

$$R/Q \Rightarrow \text{refoulement} \Rightarrow ./Q \Rightarrow R'/Q$$

Dans un premier temps, le sujet tente de constituer une phobie (R'/Q), généralement une phobie du toucher.

Une patiente a longtemps souffert que son père ait une double vie. Il sortait en ville avec sa maîtresse sans se cacher. À la fin de son adolescence, elle a commencé à se sentir mal de façon diffuse. Elle n'aimait pas qu'on lui dise bonjour en lui serrant la main, et éprouvait le besoin impérieux de se laver immédiatement les mains. Après un rapprochement sexuel avec un garçon qui l'avait « dégoûtée », elle avait pris une longue douche. Depuis, elle ne serrait la main de personne, et refusait qu'on l'embrasse. Elle tenait les garçons à distance.

Dans cette situation, une phobie du toucher (R') se met en place et s'étend de plus en plus, dans la mesure où elle ne parvient pas à endiguer l'angoisse. La crainte s'étend à l'air respiré et aux objets de la vie quotidienne.

Mais devant le maintien de l'angoisse lié au retour du refoulé, d'autres mécanismes très contraignants vont se mettre en place.

$$R'/Q \Rightarrow \text{angoisse} \Rightarrow \text{analité} \Rightarrow \text{toute-puissance de la pensée} \Rightarrow \text{rituels}$$

La patiente explique alors qu'elle se sentait envahie par des injures adressées aux automobilistes et aux passants dans la rue. Elle devait impérativement laver plusieurs fois ses vêtements avant de les porter et prenait beaucoup de temps pour se « purifier » après être allée aux toilettes. De temps en temps, elle devait réciter des formules « sales » (« va chier tête de con ») plusieurs fois de suite pour se « soulager » de la tension qui était constamment en elle. Elle devenait très coléreuse et se rendait compte que ses amis s'écartaient d'elle par crainte de ses écarts. Sa vie était pleine de vérifications relatives à la propreté et de phrases rituellement répétées.

La représentation R, refoulée, était relative au père. Beaucoup plus tard, dans le travail analytique, elle se rendra compte qu'elle aurait désiré que son père s'appuie sur elle plutôt que sur sa maîtresse. Elle découvrira alors le sens sexuel de cet appui, et ce que signifiait ce désir d'être très proche de son père.

L'impossibilité d'endiguer l'angoisse par la constitution d'une phobie du toucher est liée à deux facteurs fondamentaux.

- La phobie du toucher exprime la *crainte du contact*. La peau est directement impliquée dans ce mode de défense. Il s'agit d'éviter le contact avec un objet et, au-delà, de se prémunir contre toute éventualité de rapprochement sexuel. La phobie du toucher condense à la fois la crainte du rapprochement des corps – la crainte du désir du rapprochement des corps dans une perspective sexuelle – et l'histoire des premiers contacts entre le sujet et son environnement. À la manière de l'hystérie de conversion, qui pose le problème de la place du corps dans la symptomatologie, la névrose obsessionnelle renvoie à l'histoire la plus précoce du sujet et aux traces de ses premiers échanges avec son environnement. En même temps, la phobie du toucher préfigure le développement d'autres modalités défensives qui seront marquées par l'évitement de tout contact et de tout rapprochement entre deux pensées, entre deux représentations. Tout comme la phobie du toucher prémunit le sujet contre le contact peau à peau, l'isolation enserre la pensée dans un carcan. Toute représentation est prise dans un étau qui l'enferme et bloque le contact avec d'autres représentations. Ainsi, de proche en proche, le sujet ne peut plus penser que d'une façon contrainte, prisonnier d'un système qui paralyse toute créativité, c'est-à-dire toute liberté associative.
- Le second facteur est lié à *l'organisation pulsionnelle* prévalente dans la névrose obsessionnelle. Si, globalement, la finalité sexuelle génitale œdipienne est présente dans l'hystérie de conversion et dans l'hystérie d'angoisse, on assiste, dans la névrose obsessionnelle, à la

mise en œuvre de modalités anales de l'organisation pulsionnelle. La propreté et l'exactitude apparaissent au premier plan pour contrer les désirs liés à la souillure et au désordre. Le sujet est de plus en plus enfermé dans des logiques qui le dépassent et le contraignent de l'intérieur (souiller l'objet, le fécaliser, instaurer le désordre), logiques contre lesquelles il lutte par des modalités défensives serrées : contre-investissement, formation réactionnelle, isolation. De plus, l'échec répété de ces modalités défensives, impuissantes à endiguer le retour des représentations les plus marquées par la souillure et l'agressivité, implique le recours à des rituels. La pensée se trouve investie d'une toute-puissance presque magique. Le sujet répète des formules, des litanies, qui ont pour objet de contrôler ce qui se passe à l'intérieur de lui.

Les conduites d'emprise, de maîtrise des personnes et des objets, le contrôle du temps, sont au premier plan du tableau clinique. Le sujet, pris dans les complications de la névrose obsessionnelle, s'efforce de reconquérir la maîtrise de son monde interne en exerçant une emprise parfois tyrannique sur le monde externe.

Ces différentes caractéristiques, phobie du toucher et maîtrise défensive prévalente via l'organisation anale, font de la névrose obsessionnelle un pont en direction d'organisations non névrotiques. Nous venons de souligner que les modalités du lien à l'objet se transforment en direction de la maîtrise et du contrôle omnipotent. Dans ce cadre, on peut petit à petit se rapprocher non d'une angoisse essentiellement liée à la castration, c'est-à-dire directement sous la dépendance du désir sexuel, mais de formes d'angoisse liées à la cohérence du sujet lui-même. En d'autres termes, en suivant le fil des défenses et de l'angoisse qui les soutiennent, on quitte progressivement le domaine de la névrose.

En même temps que l'organisation anale de la pulsion occupe le devant de la scène, se produit ce que Freud (1926) appelle la déliaison pulsionnelle. Le nouage entre pulsions de vie et pulsion de mort se défait, et produit une sorte d'accélération des processus pathologiques. Le contrôle sur les autres et sur les objets est de plus en plus lourd, teinté d'agressivité et de destructivité, ce qui implique un recours de plus en plus envahissant aux procédures ritualisées. Dans cette perspective, on quitte le terrain marqué par le sexuel et la gestion des angoisses de séparation et de pénétration, pour entrer dans les problématiques liées à la constitution du sujet lui-même. Le sujet lutte contre sa propre désorganisation. Les procédures de contraintes ne traitent plus les aléas du sexuel mais les conditions mêmes de la cohérence identitaire.

Cette façon de situer la déliaison dans le fil de l'évolution du processus pathologique ne rend pas vraiment compte de ce qui se passe. On doit plutôt penser la déliaison comme une source, et non comme une conséquence. La mise en œuvre de la deuxième théorie de l'angoisse modifie le point de vue que nous portons sur les processus pathologiques qui se développent. La névrose obsessionnelle occupe ici une place centrale. La massivité des défenses qu'elle met en œuvre conduit à supposer que ces défenses ont d'abord pour objet de colmater une faille narcissique précoce, de sorte que la déliaison pulsionnelle est active au départ et se révèle progressivement au cours du temps.

5. Mise en œuvre de la deuxième théorie de l'angoisse (Freud)

5.1. Névrose d'angoisse

La première théorie de l'angoisse montre les effets de l'absence ou de l'insuffisance d'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique. Le quantum d'affect, non lié à une représentation, dérive sur le plan somatique sous forme d'angoisse.

La névrose d'angoisse est caractérisée par la massivité de l'angoisse mais sans objet privilégié. Cette angoisse diffuse fait la différence avec l'hystérie de conversion et avec l'hystérie d'angoisse, dans lesquelles l'angoisse est liée par un objet substitutif (symptôme de conversion ou objet phobique).

5.2. Névroses actuelles

Dans « La Sexualité dans l'étiologie des névroses » (1898), Freud propose de regrouper deux entités, névrose d'angoisse et neurasthénie, sous l'appellation de névroses actuelles. L'adjectif « actuel » signifie que l'étiologie du conflit se loge dans les désordres actuels de la vie sexuelle du sujet. Cette origine relève d'un point de vue économique. Elle ne passe pas par les aléas de l'histoire individuelle.

Le concept de névrose actuelle s'efface ensuite de la nosographie psychanalytique. Il conserve toutefois, dans le champ psychosomatique, une certaine actualité. Les symptômes dits « actuels » dans les névroses actuelles conduisent directement aux troubles psychosomatiques. On observe une absence ou une insuffisance d'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique : les excitations internes ne

sont pas conflictualisées. Dans le chapitre « Pôle psychosomatique », nous verrons qu'il s'agit du fondement du processus opératoire.

La position de Freud est donc de lier la massivité de l'angoisse et l'apparition de symptômes somatiques à un problème d'ordre économique. La vie sexuelle des patients est insatisfaisante. La décharge de l'excitation ne se réalise pas au bon moment, ni de façon adéquate avec le bon objet (R. Roussillon, 1992). On est confronté à une forme de traumatisme par débordement quantitatif et inadéquation de la décharge.

L'idée que ces formes de névroses ne passent pas par les aléas de l'histoire individuelle mérite un commentaire. Les névroses « authentiques » – hystérie de conversion, hystérie d'angoisse et névrose obsessionnelle – mettent au premier plan la conflictualité œdipienne et diverses tentatives de solutions via les symptômes. Le conflit est présent de bout en bout, et les symptômes soulignent le travail de symbolisation sous-jacent. L'élaboration de la représentation de la représentation, la capacité de distinguer entre perception et représentation, la différenciation moi/autre sont autant de processus présents aux fondements de la symptomatologie névrotique. La névrose actuelle ouvre sur un autre univers. Le travail de symbolisation est apparemment absent : il n'y a pas d'histoire à construire et tout semble se passer dans l'ici et maintenant. Le travail associatif est abrasé : pas d'idée incidente et pas de fluidité du discours.

C'est précisément cette forme de névrose « sans qualité » qui forme le cœur des interrogations de la clinique moderne. Elle interroge les fondements de la symbolisation, les conditions nécessaires et suffisantes pour qu'un travail d'élaboration subjective puisse se constituer. La névrose actuelle nous confronte à une absence fondamentale : la négativité symbolique renvoie aux fondements de la vie psychique. Elle est la trace d'un traumatisme ancien : quelque chose ne s'est pas produit au bon moment, impliquant un débordement quantitatif et une inadéquation des conditions de la décharge. La symptomatologie est donc l'histoire elle-même. Elle est ce qui reste actuel, un mode de fonctionnement qui dit ce qui ne s'est pas produit au bon moment et au bon endroit.

Le terme « névrose » est donc inadéquat pour qualifier ce type de fonctionnement. La « névrose actuelle » – les guillemets s'imposent désormais – renvoie à la fois du côté d'une approche psychosomatique via le processus opératoire, et du côté des modalités de souffrance narcissique-identitaire (R. Roussillon, 1999). La « névrose actuelle » exprime l'actualité du traumatisme primaire par défaut de contenance et d'adéquation de l'objet.

5.3. Névrose traumatique

5.3.1. Caractéristiques générales

La névrose traumatique met en avant, elle aussi, la question du traumatisme mais par un autre côté. Elle se présente cliniquement sous une forme assez classique. Un sujet ayant subi un traumatisme – perte brutale, accident, agression, guerre, attentat – ne parvient pas à dépasser ce qui lui est arrivé et à l'intégrer dans son histoire de vie. Il est arrêté dans son développement, comme si son « horloge » psychique et tout son univers mental étaient sidérés par l'événement vécu.

Les troubles du sommeil sont fréquents, la vie sociale est profondément perturbée, les symptômes anxieux sont envahissants. Le clinicien a le sentiment que l'existence du sujet s'est arrêtée à cet instant et que la vie est brisée.

5.3.2. Concept freudien de névrose traumatique

Freud propose une définition de la névrose traumatique dans « Au-delà du principe de plaisir » (1920). Le pare-excitations est débordé, fracassé localement, par une quantité d'excitations externes non liables. La caractéristique essentielle de la situation traumatique réside dans sa soudaineté effractive. La psyché ne peut pas s'y préparer. Cet état d'impréparation psychique permet à Freud de proposer une hypothèse qui rend compte des formes cliniques de la névrose traumatique. Le retour incessant du souvenir du moment traumatique via les rêves contredit l'hypothèse du rêve comme réalisation hallucinatoire du désir. C'est également le signe que la psyché essaie de remonter le temps. Elle tente, par tous les moyens, de lier, de dompter, ce qui est arrivé. L'anxiété caractéristique de la névrose traumatique doit être comprise comme une tentative de se préparer rétroactivement à ce qui s'est passé.

L'attente de la catastrophe protège paradoxalement la psyché : toute l'attention et toute l'énergie sont mobilisées pour s'investir en urgence autour du lieu d'impact psychique. Freud souligne d'ailleurs – ce que confirme partiellement l'observation clinique – que la blessure corporelle effective protège de l'éclosion d'une névrose traumatique. La réalité du dommage corporel mobilise les investissements, leur donne une réalité effective, et fournit un support concret au travail d'élaboration. La névrose traumatique se présente donc comme une tentative pour se préparer psychiquement à ce qui s'est passé. Elle est, de ce point de vue, une tentative de guérison.

5.3.3. Névrose traumatique ou état de stress post-traumatique ?

Là encore, le terme de névrose doit être discuté. L'histoire individuelle ne joue *a priori* aucun rôle central dans l'éclosion des symptômes. Freud (1920) argumente l'idée que les rêves répétitifs contredisent le primat du principe de plaisir. Quelque chose se passe « au-delà » du principe de plaisir, qui semble perverti et débordé par un mouvement profond. Freud introduit à ce moment l'hypothèse d'une pulsion de mort au fondement de l'humain. Le qualificatif de « névrose » est donc inadéquat pour rendre compte cliniquement de ce qui se passe. La conflictualité œdipienne et les aléas du développement pulsionnel colorent les symptômes, mais leur interprétation seule ne dénoue pas pour autant le tableau d'ensemble. Il semble donc judicieux d'abandonner le terme de névrose dans ce genre de conjoncture.

La clinique moderne parle de stress post-traumatique plutôt que de névrose. Toutefois, un certain nombre de remarques peuvent être avancées, qui se rapprochent de ce que nous avons noté à propos des « névroses » actuelles. Deux publications récentes (Brette *et al.*, 2005 ; Rechtman, 2005) abordent le concept de traumatisme dans sa double dimension métapsychologique et historique. L'introduction de la notion d'état de stress post-traumatique (*post-traumatic stress disorder* [PTSD]) dans la première édition du DSM-III en 1980 constitue un tournant radical dans l'acception du concept. Jusque-là, sous l'influence de la psychanalyse, il est évident que toute situation traumatique induit des effets qui doivent être replacés et interprétés par le filtre d'une histoire subjective. Les effets du traumatisme relèvent d'une étiologie multiple, complexe, mêlant dans des proportions variables les facteurs économiques de l'impact de la réalité et des aléas du fantasme. Avec l'introduction de l'état de stress post-traumatique, les concepteurs du DSM-III évacuent toute subjectivité, et proposent une définition simple, sinon simpliste. L'état de stress post-traumatique désigne la réaction normale d'un individu confronté à une situation anormale. Le traumatisme bascule du côté du fait objectif et, simultanément, d'une normalité qui expulse toute référence à une quelconque coloration fantasmatique.

Un certain nombre d'événements récents – attentats, catastrophes naturelles, accident aérien, états de guerre – ont mis en lumière les mécanismes en jeu dans les situations de stress post-traumatique, au point que des équipes spécialisées ont été formées pour intervenir le plus rapidement possible sur les lieux d'un accident. Les médias rendent compte abondamment, lorsqu'un accident se produit, de l'intervention de psychologues chargés de parler avec les victimes et

leurs familles. Le travail de ces équipes d'intervention en urgence est fondé sur l'idée que le sujet est moins en risque de présenter un syndrome de stress post-traumatique s'il peut parler à quelqu'un, et faire le récit de ce qui s'est passé et de ce qu'il a ressenti. L'hypothèse de base de ce type d'intervention est de permettre, aussitôt que possible, la liaison psychique entre quantum d'affect et représentations. La mise en récit opère, en bonne logique freudienne, un travail de liaison. Ces interventions sont donc ciblées et limitées dans le temps.

Toute la question est de savoir si elles ont une réelle efficacité (Crocq, 1996, 1999). Tout en reposant sur une logique psychique de liaison, elles sont essentiellement d'ordre quantitatif et font appel à l'étayage. Nous verrons plus loin, dans le chapitre « Pôle psychosomatique », que la psyché a besoin de réaliser des enchaînements en terme de causalité pour s'approprier ce qui se passe. L'être humain, d'une certaine façon, a besoin de se sentir « coupable » pour s'approprier valablement ce qui lui arrive et parvenir, à terme, à se dégager suffisamment de ce sentiment de culpabilité. Pour dire les choses autrement, le sentiment de culpabilité accompagne le travail psychique de subjectivation. Dans le travail de deuil, par exemple, le sujet se sent coupable de n'avoir pas été suffisamment proche de l'objet disparu et de n'avoir pas assez pris de temps pour discuter avec lui. La perte de l'objet ne peut être acceptée que si elle relève, peu ou prou, du désir du sujet. Ce passage par la culpabilité peut donc sembler paradoxal, à première vue, mais il est parfaitement cohérent avec les enjeux de la vie psychique. L'être humain habite sa vie, il en fait sans relâche le récit, et donne du sens à tout ce qui lui advient. Pour subjectiver l'événement, il faut pouvoir l'intégrer suffisamment dans l'ordre de ses désirs au sein d'une logique de la causalité. Si la catastrophe peut être entendue comme une forme de punition, au moins pendant un temps, alors l'état de stress post-traumatique peut être considérablement transformé à long terme.

Ce travail de liaison via la culpabilité ne se réalise pas dans l'instant. Il se développe après coup. Immédiatement après la catastrophe ou l'accident, c'est plutôt un état de sidération qui domine, accompagné ou non d'hyperactivité et d'hypervigilance (Crocq, 1999). Quelle est la valeur à long terme des récits réalisés à cet instant ? L'essentiel de la problématique engagée réside dans la part de créativité personnelle mobilisée. La clinique conduit à penser que, dans nombre de situations, les effets ne sont repérables que plusieurs semaines ou mois après la catastrophe, c'est-à-dire au cours du travail d'appropriation subjective à long terme. Dans ce type de conjoncture, il est probable que des modalités défensives par cli-

vage, déni ou isolation sont mobilisées. Elles permettent au sujet de lutter activement contre la dépression et l'effondrement. Certes, il existe des situations dans lesquelles le malaise est immédiat, et reste inchangé. Mais la plupart du temps, la psyché est touchée dans ses fondements et mobilise, au moins dans un premier temps, des modes de défense drastiques. Le travail d'accompagnement devrait donc pouvoir être engagé sur le long terme.

Dans les premières heures qui suivent une catastrophe, les sujets ont d'abord besoin de soin global. Ils ont évidemment besoin de dire, de répéter parfois en boucle des dizaines de fois ce qu'ils viennent de traverser. L'intervention des cliniciens dans ce cadre relève d'abord d'une logique d'étayage. En revanche, dans les semaines ou mois qui suivent, lorsque les soins médicaux commencent à s'espacer, lorsque la mobilisation du corps social, des médias et des amis s'estompe, le sujet se retrouve seul. Ses récits en boucle et ses plaintes finissent par lasser l'entourage. Il n'y a plus d'objet avec qui partager l'effroi. On peut donc penser que l'intervention des cliniciens, dans l'immédiat après-coup du traumatisme, relève essentiellement d'une problématique d'étayage psychique. Au-delà des soins somatiques, le sujet victime d'un traumatisme a besoin d'être « trempé » dans l'humain, de rencontrer le regard bienveillant et soutenant d'un autre semblable. En étant présent pour la seule écoute, dans un acte de présence pure, le clinicien réorganise la mutualité des regards, au fondement de l'appartenance au groupe humain.

Le psychologue clinicien peut également intervenir plus tard, lorsque les défenses commencent à perdre de leur intensité. Ce moment est évidemment variable d'un sujet à l'autre. C'est pour cette raison qu'il paraît essentiel de privilégier l'aide aux victimes, sur le moyen et le long termes, pour accompagner le difficile travail de subjectivation qui, nous venons de le souligner, passe nécessairement par la mise en œuvre d'un sentiment de culpabilité. La capacité du psychologue à entendre ces récits dans leur répétition monotone, et parfois insupportable, implique une forme de présence attentive, empathique, mais aussi suffisamment décalée. C'est à cette condition que, dans les conjonctures favorables, le processus de dégagement peut s'amorcer.

CHAPITRE 20

Pôle d'organisation psychotique du psychisme

1. Généralités

1.1. Introduction

La psychose se caractérise par une transformation radicale du rapport du sujet à la réalité, entraînant une modification profonde et durable de l'identité et généralement de la personnalité. La psychose confronte à la question de l'étrangeté : le sujet psychotique ne raisonne pas dans le même registre que le sujet « normal » ; il ne reconnaît pas les mêmes échelles de jugement, les mêmes modalités d'approche du monde, les mêmes codes sociaux et les mêmes logiques de pensée. Du fait de sa gravité, la psychose nécessite souvent une prise en charge intensive et parfois l'hospitalisation du patient (Ménéchal, 1999).

Un trait commun aux différentes formes de souffrance psychotique consiste dans l'impossibilité pour le sujet d'avoir pu constituer des signaux suffisamment stables qui permettent de différencier représentation et perception. L'indice de représentation de la représentation, qui permet la distinction entre l'objet actuellement perçu et l'objet représenté, fait défaut. La question des causes se pose évidemment ici de façon cruciale, mais elle peut être envisagée de façon suffisamment dialectique pour ne pas être enfermée dans une théorie de la « faute ».

R. Roussillon et A. Ciccone ont passé en revue les enjeux des liens premiers entre le sujet et son environnement. Au sein de cet ensemble, les réponses effectives en provenance de l'objet, les réponses qui ont pour fonction de signifier l'état interne du sujet, de lui refléter ce qu'il ressent ont une place essentielle. Mais on doit également prendre en considération l'équipement neurophysiologique du bébé, et comprendre que, dans certaines conjonctures, il n'est pas capable de

recevoir les messages que lui adresse son environnement. Il est donc vain de chercher à faire basculer une théorie des causes systématiquement d'un côté ou de l'autre. Certaines formes de souffrance psychotique relèvent d'un mauvais ajustement environnemental, et d'autres d'une difficulté inhérente à la capacité neurophysiologique à recevoir ces messages. Il faut enfin souligner que les bébés porteurs d'un handicap ne deviennent pas tous psychotiques, dans la mesure où leur environnement a su s'adapter au plus près de leurs capacités à communiquer. L'essentiel est donc à chercher dans les distorsions de la rencontre entre le bébé et son environnement.

L'impossibilité de constituer un processus de représentation de la représentation fait basculer le sujet dans une confusion douloureuse et terrifiante. Plongé dans d'impensables tourmentes (Jackson et William, 2004), il doit construire en urgence des solutions de survie qui, à leur tour, entravent son rapport à lui-même, aux autres et au monde. Il faut donc envisager les symptômes comme des tentatives de guérison, des solutions d'urgence nécessaires sinon vitales. En ce sens, elles doivent être respectées, comme tout symptôme. Les attaquer de front est toujours aléatoire dans la mesure où leur construction et leurs enjeux touchent au plus profond de l'être.

1.2. Lien à la réalité, sujet et conflictualité

1.2.1. Lien à la réalité

Dans les psychoses, le lien consensuel avec la réalité est aboli ou partiellement aboli. À la place, on assiste à l'émergence d'une néo-réalité marquée par le délire et/ou l'hallucination.

- Le *délire* – issu du latin *delirare* qui signifie « sortir du sillon » – qualifie ce qui s'écarte de la réalité commune et la remplace radicalement. Délirer, c'est sortir du réel sans pouvoir s'en rendre compte, dans la mesure où le délire passe, aux yeux du sujet délirant, pour le réel. Avoir conscience qu'on délire signifie qu'on a cessé de délirer.
- L'*hallucination* est classiquement définie (Ey, 1970) comme « une perception sans objet ». Cette définition ne marque toutefois pas suffisamment la différence avec une simple erreur des sens. L'hallucination peut également être conçue comme une « croyance erronée » mais cette définition néglige la conviction perceptive impliquée par l'hallucination. Esquirol (cité par Ey, 1970) donnait la définition suivante : « Un homme qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation est à portée de ses sens, est dans un

état d'hallucination. » La définition proposée par Esquirol anticipe les travaux de Freud : l'hallucination interroge la perception.

On connaît la définition classique :

Perception = sensation + interprétation

Une hallucination consiste dans une fausse interprétation d'une sensation, sachant que la sensation peut être actuelle ou ancienne, « oubliée », et faisant retour en infiltrant la sensation actuelle. Elle peut également être définie comme l'interprétation juste d'une sensation « fausse » parce que décalée dans le temps.

Freud (1937b) souligne que, comme l'hystérique, le psychotique souffre de réminiscences. Dans l'hystérie, le problème réside dans la traduction des éléments inconscients en éléments conscients. Dans la psychose, le problème réside dans la façon dont la psyché traduit les inscriptions sensorielles en traces psychiques. L'hallucination signe donc le retour d'une sensation antérieure qui n'a pas, jusque-là, reçu une « bonne » interprétation (voir Freud, 1895 ; Roussillon, 1999a, 2002). Elle résulte d'une confusion entre une re-présentation psychique et une perception par défaut de « représentation de la représentation » (Donnet et Green, 1973 ; Roussillon, 1999a).

Au sein des organisations psychotiques du psychisme, le lien au monde, sous sa forme délirante ou hallucinatoire, est en outre marqué par la confusion entre le dedans et le dehors. Ce qui n'a pas été suffisamment subjectivé revient du dehors sous forme de délire ou d'hallucination, de sorte qu'une partie du monde du sujet se situe hors de lui, dans le monde environnant ou dans l'autre (voir l'identification projective). C'est un mécanisme déjà rencontré dans le cadre des phobies et qui s'inscrit dans un processus banal du développement psychique. Il s'en différencie toutefois par sa massivité. Dans le cas des phobies névrotiques centrées sur un objet ou une situation spécifique qui viennent signifier au-dehors ce qui ne peut pas être traité au-dedans, l'ensemble porte sur un secteur précis du monde du sujet. Dans le cas du délire et de l'hallucination, on est confronté à une massivité importante. Ce sont les fondements mêmes de la subjectivité qui sont pris et enfermés par ce transit externe. Dans le cas de phobies névrotiques, de plus, le sujet a conscience de l'exagération de ses peurs, malgré les rationalisations, et reconnaît qu'il ne peut pas agir autrement. Dans les délires et les hallucinations psychotiques, la conscience de l'excès disparaît. L'hallucination et le délire passent pour être le réel. Ils sont marqués par une conviction. À la différence de la phobie dans laquelle un travail de symbolisation a lieu, le délire et l'hallucination rendent compte d'un défaut de symbolisation primaire (R. Roussillon, 1999a).

1.2.2. Sujet et conflictualité

Dans la psychose, le sujet se protège de l'éclatement, du morcellement, de l'intrusion par toute une série de systèmes de défense invalidant ses capacités adaptatives. L'angoisse est d'abord d'être anéanti, de ne pas exister, d'éclater. Ce sujet non unifié, sans assignation identitaire affirmée, ne parvient pas à traiter la conflictualité. Il n'y a que du bon ou du mauvais. Le compromis est impensable et le conflit, au sens de la conflictualité psychique, est évité comme source de terreur dans la mesure où il suppose implicitement la reconnaissance de l'autre comme à la fois semblable et différent.

Cette impossibilité de traiter le conflit, de le contenir au-dedans, est en lien avec la question de l'origine. Si l'Œdipe organise la différence des sexes et des générations, il ne joue pas de rôle organisateur dans le fonctionnement psychotique. La question de l'origine aboutit classiquement à une position transitionnelle élaborée par chaque sujet : « Je dois la vie à mes parents et je me suis fait tout seul. » Cette transitionnalité originaire s'organise au sein du fantasme de scène primitive lorsque le sujet est à la fois là et pas là. Dans la psychose, il est impossible d'élaborer un tel compromis. Le sujet s'est fait tout seul et/ou se fabrique une origine divine ou fantastique, extraterrestre. En se fondant tout seul, sans recours à l'autre semblable (le couple des parents) le sujet construit un fantasme d'auto-engendrement (Racamier, 1980b).

1.3. Déni, clivage, identification projective, idéalisation, omnipotence

Les modes défensifs sont principalement répartis entre déni, clivage, identification projective/projection, idéalisation et omnipotence.

- Le *déni* porte sur la réalité de la perception, son côté sensoriel, alors que la dénégation ne porte que sur la représentation. Le déni est une sorte d'effacement qui vise le réel et le vide de son impact. De même que tout clivage n'est pas spécifique de la psychose, le déni se décline sous différentes configurations (Racamier, 1980b) présentes dans d'autres modalités psychopathologiques.
- Le *clivage* peut lui aussi prendre plusieurs aspects. Le moi du sujet se coupe en deux. Une partie reste en contact avec la réalité, alors que l'autre est la proie de l'hallucination et/ou du délire. C'est ce que l'on définit classiquement comme le clivage du moi. On peut aussi comprendre le clivage non plus comme clivage *du* moi mais comme clivage *au* moi (Roussillon, 1999a). Dans cette perspective, le moi est privé d'une part de sa propre histoire. Tout un pan de la

vie du sujet est inaccessible, ne peut pas être symbolisé et reste hors du champ de la subjectivité. Le clivage peut enfin prendre la forme du clivage de l'objet en éléments bons ou mauvais.

- Dans l'*identification projective*, est expulsé dans l'autre ce que l'on ne peut pas traiter au-dedans. L'identification projective permet de se débarrasser des éléments psychiques trop lourds et de les contrôler à distance : l'autre doit être malade et souffrir à sa place ; il est maintenu activement dans cette position.
- L'*idéalisation* est proche de l'identification projective, mais au lieu de concerner les aspects douloureux et ingérables au-dedans, elle prête à l'autre une toute-puissance et une perfection absolues. Ce sont donc les bons aspects de l'objet qui sont projetés par l'idéalisation. Mais l'idéalisation se retourne facilement en son contraire, et l'objet idéalisé peut vite devenir son envers. L'idéal se renverse alors en abjection et le bon objet devient persécuteur. L'idéalisation est donc chaque fois liée au clivage.
- L'*omnipotence* définit le sentiment de grandiosité interne, de toute-puissance. On peut tout, on a « tout compris », rien n'est impossible. Le sujet se dit qu'il ne peut rencontrer aucune barrière. Il fait ce qu'il veut, il est capable de deviner les projets et les intentions d'autrui. Cette omnipotence est une défense contre un sentiment d'inanité et d'impuissance, mais c'est aussi, fondamentalement, une trace d'expériences subjectives de la toute première enfance issues du narcissisme primaire. Ces renversements entre impuissance et omnipotence sont fréquents dans la psychose maniacodépressive, mais ils se rencontrent dans d'autres formes psychopathologiques. L'omnipotence peut être attribuée à autrui. À ce moment, le sujet se sent observé, contrôlé et envahi par quelque chose qui le maîtrise et abolit sa volonté.

2. La solution perverse

La question de la perversion, ou plutôt des formes de perversion, occupe une place tout à fait spécifique au sein de la psychopathologie. Freud (1905c) affirme que « la névrose est le négatif de la perversion », en ce sens que la perversion disperse là où la névrose rassemble, contient et symbolise.

La notion de perversion tient également une place spécifique parce qu'elle est apparue pendant longtemps comme un point de fixation des pulsions partielles. La composante sexuelle, toujours présente, apparaissait comme l'élément fondamental de ce type de fonctionnement psychique.

2.1. Fétichisme et perversion

Au sein de cet ensemble, la problématique du fétichisme émerge avec une acuité particulière. Le fétichisme, pour Freud, est lié à la différence des sexes et au traitement de l'angoisse de castration. Le fétiche permet au sujet, de continuer à croire que la femme, comme l'homme, possède un pénis. En d'autres termes, le fonctionnement pervers repose sur une formule : « Je sais bien... (que la femme n'a pas de pénis), mais quand même... (je fais comme si elle en avait un : le fétiche). » La perversion est définie par l'échec de l'accès à la reconnaissance de la différence des sexes. Son organisation est marquée par le repli sur une forme érogène (orale, anale, phallique, comme dans le fétichisme) qui, à la différence de l'organisation névrotique faisant jouer toute une série de processus défensifs (déplacement, renversement, refoulement), laisse le sexuel en pleine lumière. Loin de le dissimuler, la perversion expose le sexuel, le magnifie. C'est précisément cette surexposition sexuelle qui doit être interrogée et renversée.

2.2. Perversité polymorphe de la sexualité enfantine

Au cours du développement psychosexuel, Freud propose l'idée que l'organisation pulsionnelle passe par deux moments essentiels. L'un est marqué par l'organisation partielle du monde pulsionnel, et l'autre, spécifique de l'organisation génitale, rassemble les différentes modalités des pulsions partielles. La perversion est donc d'abord relative aux pulsions partielles, c'est-à-dire au plaisir obtenu par la mise en œuvre d'une zone érogène sans lien avec les autres. Aux yeux de Freud, l'enfant est un pervers polymorphe : il tire son plaisir des différentes composantes pulsionnelles (orale, anale, phallique) et de chaque zone érogène indépendamment des autres. Ce polymorphisme pervers n'implique aucune disposition psychopathologique particulière ; il est propre à chaque être humain. Il faut d'ailleurs reconnaître que les conduites sexuelles les plus banales, dans l'acte amoureux, impliquent un certain polymorphisme pervers au sens de Freud.

L'idée d'un polymorphisme pervers banal dans la psychosexualité humaine a permis de faire le partage entre des perversions potentiellement traitables et d'autres qui apparaissent très difficilement abordables. Les conduites perverses polymorphes ne sont pas nouées par un seul et même type de conduite. Les sujets pervers ne fréquentent ni les psychologues cliniciens, ni les psychiatres, ni les psychanalystes. Les pervers ne demandent aucune aide. Ils ne souffrent pas.

Seuls les pervers polymorphes éprouvent une certaine souffrance et sont ainsi susceptibles de consulter. Les pervers organisés et fixés à un seul mode de plaisir se sentent assez souvent supérieurs à autrui et plus intelligents. Ils se disent capables d'atteindre des modalités de jouissance inconnues de l'être humain moyen.

Parallèlement, la notion de perversion a connu une extension du côté de la morale. Pendant longtemps, les manifestations normales de la sexualité infantile, ses aspects pervers polymorphes, ont été considérées comme des signes de perversion : la masturbation était censée rendre sourd. L'homosexualité est longtemps restée un délit et a été – est encore ? – stigmatisée comme une perversion. Actuellement, l'idée de perversion est, dans le public, associée à la pédophilie.

2.3. Sexualité et perversion

À partir de Freud, il est possible de repérer différentes formes de perversions qui suivent globalement la géographie des zones érogènes et des organisations pulsionnelles. Les conduites perverses peuvent être plutôt de type oral, anal ou phallique. Elles sont également en lien avec les composantes sadiques (le plaisir pris à la souffrance infligée à autrui) et masochistes (le plaisir pris dans la souffrance infligée par autrui). Elles peuvent enfin se rattacher à la double composante voyeuriste et exhibitionniste. De ce point de vue, la liste des perversions est pratiquement infinie puisqu'elles peuvent prendre toutes les formes possibles. Leur aspect trop clairement sexuel doit cependant être interrogé.

Les perversions à expression polymorphe, non fixées sur une conduite et une forme de satisfaction répétitives et immuables, sont considérées comme plus accessibles au soin que les autres. Le fait que le sujet évolue ou passe d'un mode pervers à l'autre rend compte d'une instabilité propice à une approche psychothérapeutique. Inversement, les modalités perverses nouées autour d'un scénario et d'un objet précis sont pratiquement inaccessibles.

L'expérience clinique a permis de diversifier cette première distinction et, surtout, de désolidariser au moins partiellement sexualité et perversion. R. Roussillon (2002, 2004) montre comment la conception de l'objet partiel, tel que défini classiquement, doit être reprise au sein d'une perspective qui inclut la réponse de l'objet réel. On ne peut plus penser le développement psychosexuel de façon solipsiste.

La problématique du fétichisme n'est pas seulement représentative d'un évitement de l'angoisse de castration liée à la reconnaissance de

la différence des sexes. Elle n'est pas non plus une forme de perversion parmi d'autres. Elle représente probablement le « modèle » de toute perversion. Si le fétichisme consiste à placer quelque chose là où il n'y a rien (l'absence de pénis chez la femme), on peut généraliser cette proposition, et considérer que la solution fétichiste consiste dans un processus de cicatrisation qui érige un objet à la place d'un manque ou d'un vide, là où il aurait pu se passer quelque chose. Le fétiche serait alors une forme de suture identitaire, une cicatrice perceptive érigée à l'endroit d'un trou représentatif.

Dans cette perspective, la perversion apparaît comme une solution. Plus précisément, on peut considérer qu'il existe une solution perverse à la souffrance psychotique, comme il existe une solution perverse à la souffrance narcissique-identitaire. De la même façon, P.-C. Racamier (1980b) met en évidence des formes de perversion dans lesquelles le sexuel (comme conduite et comme force motrice) ne joue qu'un rôle mineur. Dans les perversions narcissiques, le plaisir sexuel est supplanté par le gain narcissique. Autrement dit, la clinique « moderne » fait accomplir une véritable révolution copernicienne à la notion de perversion.

2.4. Déshumanisation de l'objet dans la solution perverse

Globalement, la solution perverse organise le moi autour d'une forme de satisfaction spécifique liée un scénario précis. Cette organisation du moi est réalisée au prix de dénis et de clivages considérables qui appauvrissent la vie psychique. Dans les formes de solution perverse à une souffrance psychotique, l'objet est déshumanisé. Le meurtre est sadique, méticuleusement accompli ou, au contraire, extrêmement sauvage. Dans la majorité des cas, le démembrement et le morcellement sont au premier plan de la scène. On peut également considérer les situations exceptionnelles de meurtre en masse accomplis par certains dictateurs, ou gourous de sectes, comme relevant de cette déshumanisation de l'objet. On peut enfin considérer en partie que les formes de sadisme, de torture, infligées à autrui ainsi que les formes violentes de la pédophilie relèvent de ce type de solution perverse.

La solution perverse évite la décompensation psychotique. Elle évite l'engouffrement dans la désorganisation du moi. Comment comprendre la prééminence du sexuel ? L'hypothèse la plus probable est de considérer que la perversion résulte de la sexualisation secondaire

d'un traumatisme primaire. Il s'agit donc d'une sexualisation cicatricielle à travers laquelle s'infiltre le traumatisme narcissique initial (Roussillon, 2003).

3. Troubles psychotiques brefs

Les éléments présentés dans cette classification relèvent d'une double logique. Ils abordent chaque forme psychopathologique de façon descriptive en relevant certaines caractéristiques symptomatiques spécifiques puis mettent en évidence leur organisation dynamique. Les troubles psychotiques brefs associent généralement un délire transitoire, polymorphe, c'est-à-dire sans thème précisément organisé, à des troubles confusionnels et à des troubles de l'humeur.

3.1. Bouffée délirante

La bouffée délirante présente un début aigu, en 2 semaines ou moins, parfois 2 jours. Elle signe le passage rapide d'un état non psychotique à un état psychotique. Le délire ou les hallucinations ne sont pas organisés autour de thèmes précis. L'humeur est variable, allant de l'abattement à l'agressivité ou au sentiment de toute-puissance, comme dans les phases maniaques. Le plus souvent, la bouffée délirante disparaît en quelques semaines voire en quelques jours. La cessation complète est effective en moins de 3 mois. C'est ce qui permet de différencier la bouffée délirante de l'entrée dans un processus psychopathologique à long terme comme la schizophrénie.

Du point de vue dynamique, la bouffée délirante est consécutive à une sorte de rupture interne et au surgissement d'un élément qui envahit la psyché et « demande » à être intégré et signifié. Classiquement, on associe bouffée délirante et stress, c'est-à-dire une accumulation d'événements qui affectent le sujet (deuil, relation affective conflictuelle, difficultés professionnelles). Ces facteurs sont plus ou moins intenses, mais on peut penser que, soit par leur intensité, soit par leur signification, ils entrent en contact avec des éléments de l'histoire du sujet qui, jusque-là, n'avaient pas trouvé d'expression psychique. Il se produit alors ce que l'on pourrait appeler un « court-circuit » psychique. Un débordement interne ramène à la conscience, sous forme délirante ou hallucinatoire, différents éléments insuffisamment subjectivés de l'histoire du sujet.

La bouffée délirante est un trouble psychotique bref dans la mesure où elle signe un mode de fonctionnement psychotique provisoire. Lorsqu'elle est achevée, le sujet peut se retrouver soit comme avant, c'est-à-dire organisé de façon plutôt psychotique, mais sans

symptôme signant une décompensation, soit organisé sur un mode plutôt névrotique ou plutôt état limite, sans symptôme invalidant. En d'autres termes, la bouffée délirante ne permet pas, en tant que telle, de signifier le mode de fonctionnement psychique prévalent du sujet. Elle signifie plutôt que certains éléments de son histoire sont restés en dehors du processus de subjectivation, que le sujet a maintenu en lui, par clivage, une sorte de « poche » dont le contenu a émergé au cours de la bouffée délirante.

Le traitement peut prendre trois formes, associées ou disjointes :

- un traitement médicamenteux qui favorise la cessation des symptômes (délire, hallucination, troubles de l'humeur) ;
- un traitement institutionnel, c'est-à-dire une hospitalisation temporaire. Le traitement associe alors un soin médicamenteux à un soin institutionnel qui favorise, dans le meilleur des cas, les possibilités de contenance et d'élaboration psychiques ;
- un soin psychothérapeutique (individuel et/ou familial) qui s'efforce d'éclairer le sens de la bouffée délirante, la façon dont elle s'inscrit dans l'histoire individuelle et familiale. Le traitement psychothérapeutique s'efforce d'aider le sujet et son entourage dans le processus de subjectivation.

3.2. Psychose puerpérale

Après un accouchement, toute mère traverse, de façon plus ou moins marquée, une période dépressive qui s'estompe en quelques jours. On désigne communément cette période dépressive par le terme « baby blues ». La psychose puerpérale est marquée, elle, par l'éclosion d'un délire, des risques suicidaires, une agitation motrice, une violence dirigée effectivement ou fantasmatiquement contre le nouveau-né ou, à l'inverse, la peur de faire mal au bébé. Elle prend généralement fin après quelques jours ou quelques semaines, mais elle peut également, lorsque les troubles se prolongent, signer l'entrée dans un processus psychopathologique au long cours (schizophrénie, psychose maniacodépressive).

La psychose puerpérale se range dans la catégorie des troubles psychotiques brefs avec un élément déclencheur spécifique.

L'accouchement est une période de bouleversement corporel intense. Les facteurs biologiques sont donc essentiels dans l'éclosion de cette forme psychopathologique, mais on doit aussi envisager d'autres aspects. L'accouchement est un moment de réorganisation profonde de l'identité et de la place du sujet dans la lignée familiale. D'un côté, le corps abrite et expulse un étranger interne et, de l'autre,

le lien aux parents se réorganise. La femme, en devenant mère, change de statut générationnel.

Tout au long de la grossesse, le corps de la femme s'est progressivement transformé. Elle a dû découvrir l'enfant en elle, le sentir et, d'une certaine façon, communiquer avec lui. Au moment de l'accouchement, la transformation corporelle est rapide. L'image de soi change en quelques heures, et la mère peut éprouver une sensation de vide. Cet afflux de sensations contradictoires, sur une courte période, convoque à la fois les plus anciennes sensations corporelles et l'histoire des processus de transformation corporelle au moment de l'adolescence.

Lors de l'accouchement, l'enfant réel est confronté à l'enfant imaginaire. On ne peut plus simplement rêver l'enfant, on doit l'investir dans sa chair et dans sa présence concrète. La mère est également confrontée à un travail de deuil : rien ne sera plus comme avant. L'enfant est là, compagnon obligé de son avenir. Dans le même mouvement, en plaçant sa propre mère en position de grand-mère, elle la « tue » symboliquement. Elle devient son égale. Ce moment est parfois difficile à gérer et on observe un certain nombre de jeunes mamans qui s'empressent de confier leur enfant à leur propre mère, comme si elles se sentaient incapables de s'occuper de leur propre enfant de façon autonome, c'est-à-dire de remplacer leur mère et de faire aussi bien qu'elle.

Cette révolution identitaire et intergénérationnelle peut entrer en contact avec un ou plusieurs éléments de l'histoire du sujet non suffisamment intégrés au moi. Ces éléments sont liés à l'histoire individuelle et/ou familiale. Les organisations les plus profondes de la psyché sont évidemment sollicitées au moment de l'accouchement (organisations pulsionnelles orale, anale, phallique), de même que la structuration œdipienne, qui organise précisément la différence des sexes et des générations. Le processus adolescent, moment de transformation du rapport au corps et à l'environnement, est également sollicité dans le sillage de l'accouchement. Si, dans l'histoire familiale, on rencontre un élément caché, honteux, non dit, qui fait porter sa marque sur la psyché de la jeune maman, sans pour autant être subjectivé, alors, dans ce moment de réorganisation profonde de la lignée familiale, il surgit et exige, en quelque sorte, d'être désormais pris en compte.

Le traitement peut, comme dans la bouffée délirante, associer trois types de soins :

- un soin médicamenteux qui vise l'atténuation des symptômes ;
- un soin institutionnel avec hospitalisation pendant quelques jours ou quelques semaines ;

- un soin psychothérapeutique qui permettra à la fois à la jeune mère de constituer ou reconstituer les fondements de sa fonction maternelle et, éventuellement, d'intégrer les éléments de son histoire qui ont surgi sous forme de délire, d'hallucination ou d'angoisse.

4. Troubles psychotiques au long cours

4.1. Schizophrénie

4.1.1. Définition et débats

Le terme de schizophrénie est forgé en 1911 par Bleuler (Ey, 1970) – jusqu'alors, on parlait de démence précoce. Le terme signifie étymologiquement « division de l'esprit ».

Il est nécessaire de différencier schizophrénie et autisme. L'autisme relève d'une mésorganisation précoce, alors que la schizophrénie apparaît au détour du processus adolescent. La schizophrénie implique donc un double processus d'organisation (même partielle, même pathologique) du sujet puis un processus de désorganisation et de réorganisation schizophréniques.

La schizophrénie fait depuis longtemps l'objet d'un débat entre organogenèse et psychogenèse. Un certain nombre de recherches génétiques mettent en évidence des éléments indépendants des facteurs environnementaux (Lalonde, 1999). D'autres études (Widlöcher, 1994) soulignent la prévalence des éléments affectifs et intersubjectifs. Les recherches actuelles tendent plutôt à mettre en avant l'étroite interdépendance entre facteurs génétiques et facteurs environnementaux, de sorte que l'on peut avancer l'idée qu'il y a beaucoup plus de schizophrènes « potentiels » que de schizophrènes « déclarés », dans la mesure où les premiers n'ont pas rencontré d'environnement impliquant l'expression de leur potentialité génétique. Les facteurs prédisposants, qu'ils soient de nature génétique ou neurophysiologique, n'entraînent donc pas toujours le déclenchement d'une schizophrénie à l'adolescence. Il faut toutefois souligner que le terme générique de schizophrénie abrite toute une palette de pathologies plus ou moins marquées. La psychiatrie a créé le terme « schizoïde » pour décrire les pathologies à la frontière de la schizophrénie.

4.1.2. Incidence

Il existe des formes de schizophrénies plus ou moins graves, profondes ou spécifiques. L'incidence au sein de la population est à peu près égale en fonction du sexe : environ 55 % d'hommes et 45 % de femmes.

4.1.3. Symptômes et troubles

Les symptômes apparaissent au détour de l'adolescence, puis leur intensité diminue jusque vers la quarantaine. Après, on observe une atténuation des symptômes les plus bruyants et, quelquefois, une détérioration générale de l'état du patient. La plupart du temps, rien au cours de l'enfance n'a pu laisser penser à l'éclosion ultérieure d'une schizophrénie. Bien sûr, après coup, on peut repérer un certain nombre de bizarreries, mais elles n'ont pas eu assez de force ou elles n'ont pas alerté l'entourage.

Les troubles débutent généralement par une sensation de malaise, associée ou non à des plaintes somatiques. Des difficultés intellectuelles peuvent apparaître chez un sujet qui, jusque-là, ne posait aucun problème. Cette sensation de malaise s'accentue et débouche sur l'isolement. Le patient se dit assailli par des sensations étranges. Il a peur de perdre le contrôle de ses pensées qui semblent commandées du dehors. Son rythme sommeil/veille est perturbé. Il fait des rêves effrayants. Il présente quelquefois des conduites ritualisées et/ou compulsives. On mesure ici toute la difficulté du diagnostic précoce puisque les premiers symptômes se fondent dans le processus général de l'adolescence, précisément marqué par des questions concernant l'identité du sujet. De plus, les conduites compulsives et obsessionnelles peuvent être interprétées comme relevant d'une conflictualité de type névrose de contrainte.

Le délire peut alors apparaître, centré sur un détail de la vie quotidienne puis bientôt généralisé au monde entier. Ce délire peut concerner l'origine du patient, sa place dans le monde, la façon dont son entourage le perçoit ou une mission grandiose dont il est chargé. Des hallucinations peuvent également apparaître, le plus souvent auditives : le patient entend des voix qui commentent constamment ce qu'il fait, ou lui commandent d'effectuer tel ou tel acte.

4.1.4. Les différentes formes de schizophrénie

On distingue classiquement : la schizophrénie paranoïde, la schizophrénie catatonique, la schizophrénie désorganisée ou hébéphrénique et la schizophrénie résiduelle. Ces distinctions ne sont ici données qu'à titre indicatif, afin de souligner la variété des tableaux cliniques. Rappelons que nous visons, au-delà de la symptomatologie, les modalités constitutives du fonctionnement psychique.

- La *schizophrénie paranoïde* ou *syndrome d'influence* est la forme la plus fréquente. Le délire est marqué par un contenu persécutoire, des idées de grandeur, d'une mission spéciale à accomplir pour sauver le monde. Les hallucinations auditives sont fréquentes. Les

patients sont quelquefois agressifs et querelleurs. Certains peuvent se montrer violents et dangereux s'ils sont habités par le sentiment d'être attaqués.

La schizophrénie paranoïde met au premier plan la question du trouble de la pensée. On est en effet saisi par la cohérence fondamentale du discours derrière l'incohérence manifeste des propos. Cette cohérence doit être construite dans et par l'écoute attentive. Le patient ne cesse de parler de son histoire, du poids de l'histoire familiale, de ses impasses, ainsi que des compromis et dénis qui ont été réalisés. On peut logiquement se demander pourquoi le patient ne peut pas traiter ces questions de façon différente. Pourquoi n'écrit-il pas un livre ? Pourquoi ne devient-il pas historien ? Il est possible de répondre à ces questions de façon radicale en avançant l'hypothèse d'un déficit radical lié à une carence neurophysiologique. Mais cette réponse efface davantage la question qu'elle ne la met en travail car la cohérence cachée reste incontestable. On est alors conduit à penser qu'un défaut de symbolisation primaire (R. Roussillon, 1999a, 2002) pèse de tout son poids sur le travail psychique. Plus précisément, tout semble confondu entre représentation et perception, présent et passé. La représentation de la représentation (Donnet et Green, 1973) n'est pas accessible au patient. Il ne peut pas distinguer si ce qui lui vient est de l'ordre de l'actuel, du perceptif ou de la représentation. Il n'y a pas de jeu possible entre rêve et réalité, entre fantasme et pensée.

– Le patient atteint de *schizophrénie catatonique* présente d'importantes perturbations psychomotrices. Il est immobile et « stuporeux », comme s'il était paralysé par la stupeur, dans des attitudes et des postures parfois curieuses. Il reste mutique durant des journées entières et donne l'impression que rien ne doit bouger, que tout doit rester immobile, comme s'il voulait échapper à une angoisse terrifiante.

Cette forme de schizophrénie est beaucoup plus rare actuellement en raison des traitements administrés, mais elle rend assez bien compte des formes de terreurs catastrophiques auxquelles sont confrontés les patients schizophrènes : le moindre mouvement peut entraîner une catastrophe impensable.

– Autant la schizophrénie paranoïde s'organise tant bien que mal autour d'un contenu délirant, autant la *schizophrénie désorganisée* semble discordante. Le discours est incohérent, stéréotypé. Le comportement est imprévisible et, *a priori*, sans émotion. Le délire est fruste et les hallucinations passagères.

– La *schizophrénie résiduelle* représente enfin la forme évolutive de la schizophrénie. On assiste à un émoussement des symptômes les plus bruyants comme le délire et les hallucinations. Les affects sem-

blent peu présents, lointains. Le discours est pauvre. Le patient est le plus souvent passif.

4.1.5. Théories sur les sources de la schizophrénie

Du point de vue psychodynamique, un certain nombre de théories ont tenté de rendre compte de l'émergence d'une schizophrénie au sein d'une famille. Nous en retenons trois à titre d'exemples en fonction de l'impact historique qu'elles ont pu avoir : les travaux de l'école de Palo-Alto, les propositions de l'antipsychiatrie, la figure de la mère schizophrènogène. Nous aborderons ensuite le rôle de la famille, la problématique de la transmission et l'écart entre conflictualité et paradoxalité.

École de Palo-Alto

Pour les fondateurs de l'école de Palo-Alto (Watzlawick *et al.*, 1973), dont les travaux ont donné naissance aux thérapies et approches systémiques, la schizophrénie résulte d'un trouble de la communication précoce et spécifique au sein du groupe familial. La communication s'établit de façon paradoxale, sur le modèle d'une « double impasse » enfermant le sujet dans des dilemmes dont il est incapable de sortir.

Observation 1

Un des cas de figure les plus célèbres de cette forme de paradoxalité dont le sujet ne peut pas sortir est l'exemple des cravates. Une mère offre deux cravates à son fils pour son anniversaire, une rouge et l'autre bleue. Le fils, pour faire plaisir à sa mère, essaie la cravate bleue. La mère lui demande alors s'il n'aime pas la rouge. Le fils, faisant preuve de bonne volonté, arbore la cravate rouge, mais sa mère lui demande s'il n'aime déjà plus la cravate bleue. À ce moment – et c'est le point le plus important de la théorie du paradoxe –, le fils porte les deux cravates rouge et bleu en même temps pour essayer de sortir du dilemme dans lequel il est enfermé et pour satisfaire malgré tout ce qu'il imagine être les attentes de sa mère. Mais la mère lui dit : « Décidément, tu vas me rendre folle. »

Cet exemple est typique dans la mesure où il met l'accent sur trois composantes essentielles de la paradoxalité :
- le sujet est confronté à deux propositions, ou deux situations, inconciliables entre elles ;
- les deux propositions ou situations sont émises par un objet investi ;
- le sujet tente de sortir du paradoxe, mais il en est empêché par l'objet émetteur du paradoxe qui retourne la situation contre lui. Le sujet est alors désigné comme source de la situation paradoxale.

On ne peut pas affirmer que cette seule configuration soit source de schizophrénie. En revanche, toute clinique de la schizophrénie permet de rencontrer, de façon plus ou moins affirmée, ce type de situation paradoxale.

Une vignette clinique banale permet d'en rendre compte.

Observation 2

Un jeune psychologue commence à travailler dans un service de psychiatrie adulte. Il est heureux d'avoir trouvé ce premier poste et se fait une joie de pouvoir enfin exercer son métier. Il va apprendre de nombreuses choses dans le domaine de la psychopathologie. Le premier jour, il gravit les quelques marches qui l'amènent jusqu'au service et, dans l'escalier, il se trouve face-à-face avec un homme imposant qui lui barre le chemin.

« C'est vous le nouveau psycho ? » demande l'homme.

« Oui » répond le jeune psychologue, ne sachant pas s'il s'agit d'un soignant ou d'un patient.

« Alors, si vous êtes psycho, vous allez pouvoir me dire si je suis schizo. À votre avis, je suis schizo ou pas ? »

Le psychologue ne sait pas quoi répondre et dit qu'il ne sait pas, qu'il ne peut pas répondre aussi rapidement, que les choses sont toujours très compliquées. Le patient interrompt brutalement les justifications entortillées du jeune psychologue : « Les psys, c'est tous des cons. Vous n'y comprenez rien ! Vous êtes tous les mêmes, jamais foutus de répondre aux questions qu'on vous pose. » Et il s'en va.

Le jeune psychologue, dépité, arrive alors dans le service. Il raconte immédiatement sa mésaventure à un collègue plus expérimenté qui sourit et lui dit : « Bienvenue au club ! »

Cette anecdote montre combien le jeune psychologue est enfermé dans un dilemme. Il ne peut pas répondre, ni positivement ni négativement, à la question. Dans le premier cas, il risquerait de blesser la personne et, dans le second cas, il commettrait probablement une erreur de diagnostic. Sa tentative d'élaborer un compromis est balayée par le patient qui finit par lui dire qu'il n'y comprend rien, ce qui, d'une certaine façon, est assez juste. Ce n'est qu'en racontant l'épisode à un confrère qu'il peut mesurer ce qui vient de se passer et prendre conscience qu'il a rencontré, comme d'autres avant lui, une des modalités relationnelles des schizophrènes : la paradoxalité place le sujet en situation de ne rien comprendre et interdit toute issue.

Les travaux de l'équipe de Palo-Alto mettent ainsi l'accent sur la dynamique des échanges et les blessures narcissiques cumulatives provoquées par ce type de communication. On conçoit qu'un jeune enfant

constamment confronté à un type d'échanges dans lequel il n'a aucune place puisse mettre en place des modalités défensives et adaptatives profondément coûteuses pour son économie psychique. Ces modalités défensives jouent un rôle fondamental tant que son développement psychique le maintient au contact de l'objet paradoxant. Ses défenses sont alors adaptées, et on ne constate pas de trouble majeur dans son développement. En revanche, au moment de l'adolescence, lorsque les enjeux de l'autonomie et de la différenciation/séparation avec les objets parentaux prennent le devant de la scène, les défenses qui jusque-là étaient adaptées prennent une coloration nettement pathologique. Adaptées et formatées pour un certain type de situation, elles se révèlent franchement inadéquates dans un environnement banal.

Antipsychiatrie

Un deuxième mode de conception des sources de la schizophrénie mérite d'être cité. Le mouvement de l'antipsychiatrie (voir Hochmann, 2004) interprète la schizophrénie comme un voyage entrepris par le patient pour se découvrir lui-même (voir Barnes, 1973). Pour l'antipsychiatrie, la schizophrénie n'existe pas. C'est un concept forgé par la psychiatrie pour se justifier et poursuivre un travail de « chien de garde » de la société. Le schizophrène, par ses délires et ses hallucinations, affirme sa différence et son originalité face à un groupe social de plus en plus marqué par l'uniformité et la banalisation. Face à une culture de masse, la schizophrénie est une sorte d'acte de résistance, d'affirmation profondément révolutionnaire de son existence individuelle inaliénable. La figure d'Artaud est emblématique de cette conception. Les théories et les pratiques de l'antipsychiatrie ont eu un assez fort retentissement en Angleterre, avec Cooper, Lang (qui était un élève de Winnicott) et Esterson, et en Italie puisque le mouvement fondé par Basaglia a abouti à la fermeture d'un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques. En France, la politique de secteur inaugurée à l'aube des années 1960 au XXe siècle a permis un développement de prises en charge originales, voire communautaire (Centre d'accueil à temps partiel, Maison d'accueil thérapeutique, etc.).

Mère schizophrénogène

L'expression barbare « mère schizophrénogène » a été forgée pour décrire des mères froides, apparemment sans affect, intrusives, et caractérisées par la maîtrise sinon l'emprise qu'elles exercent sur leur enfant. La clinique montre toutefois que toutes les mères de patients schizophrènes sont loin de correspondre à cette forme de

portrait robot. On s'est surtout rendu compte que beaucoup de mères dites schizophrénogènes adoptent secondairement une telle attitude vis-à-vis de leur enfant, comme une sorte de défense face à un sujet incontrôlable et imprévisible. En d'autres termes, ces mères deviennent secondairement froides et distantes afin de se protéger d'un contact « fou » avec leur enfant.

On a maintenant abandonné ce type de profil plus descriptif que dynamique, et surtout source de profonds malentendus et de blessures narcissiques considérables. Ce portrait, semblable à celui des mères d'enfant autiste, a pour résultat de culpabiliser les mères en les rendant responsables des difficultés de leur enfant. Cette approche désastreuse a sans doute contribué au discrédit qui frappe l'approche psychanalytique de ce type de souffrances.

Place de la famille et question de la transmission

Un certain nombre de travaux, dans la suite des conceptions pionnières de P. Federn (1952) combinés aux recherches des thérapeutes familiaux, ont souligné l'importance des enjeux transgénérationnels et intergénérationnels. On a pu mettre en évidence que les conditions d'émergence de la schizophrénie embrassent non seulement le patient lui-même et ses parents, mais également une à deux générations. Des éléments typiques, en tout cas fréquemment rencontrés au sein des familles entourant un patient schizophrène, ont été mis en évidence : confusions transgénérationnelles, plaçant le patient en charge d'être « comme » un ancêtre ; confusions entre générations, les enfants étant considérés comme des parents et les parents comme des enfants ; confusions sexuelles identitaires ; modalités fusionnelles de fonctionnement familial au sein desquelles n'importe quel individu peut se substituer à tous les autres. Une formule paradoxale résume bien les enjeux familiaux et groupaux mobilisés autour du patient schizophrène : vivre ensemble nous tue, être séparés est mortel (Ruffiot *et al.*, 1981). L'enfant futur schizophrène est parfois, sinon souvent, porteur d'un travail de deuil que la génération précédente n'a pas pu faire. Mais ce travail de portage lui est assigné de façon particulière et paradoxale : le travail est bloqué, rien ne doit changer.

Ces différents travaux permettent de mettre au jour trois formes essentielles de « l'effort pour rendre l'autre fou » (Searles, 1965).

- La première recouvre les modalités de la « double entrave » soulignés par la paradoxalité du lien.
- La deuxième relève des procédures de disqualification (Racamier, 1980b) dans lesquelles le sujet est systématiquement anéanti dans ses efforts pour donner un sens à ce qui l'entoure.

– La troisième se développe dans les procédures de mystification qui fonctionnent un peu sur le modèle du « miroir aux alouettes ». Le sujet est trompé par ce qu'il croit être une figure idéale, parfaite, mais qui se révèle, à terme, profondément destructrice.

Écart entre conflictualité et paradoxalité

Si la conflictualité psychique, plus ou moins forte, caractérise plutôt les organisations névrotiques du psychisme, la paradoxalité sous-tend les processus psychotiques et en particulier schizophréniques. Cette paradoxalité peut être plus ou moins forte et violente. Elle se traduit de façon éclatante dans ce que Bion (1959) désigne comme les attaques des liens et de la pensée. Le paradoxe peut être un jeu (comme le conflit). Quelque chose peut à la fois être vrai et pas vrai, trouvé et créé dans le même temps. C'est le cas des processus transitionnels mis en lumière par Winnicott. C'est le cas également de l'humour qui repose souvent sur une forme de jeu paradoxal. On peut, de la même façon – c'est ce que font tous les enfants – jouer au conflit, faire semblant de se battre, de se blesser et de se tuer. Le jeu et l'humour reposent sur une série de conventions qui se retrouvent au sein des dispositifs thérapeutiques : faire semblant, faire comme si. Dans la schizophrénie, la paradoxalité est un mode d'être au monde pour traiter et surtout aménager l'impossible différenciation entre soi et l'autre. Une formule de Racamier (1980b) résume l'état du patient schizophrène : « Exister consiste à ne pas exister ». Cette paradoxalité entraîne une discordance de l'affect qui n'est jamais à sa place, au bon moment, dans la bonne tonalité ; il y a toujours une étrangeté radicale entre la situation et ce qui est éprouvé. La paradoxalité organisatrice implique aussi une sensation de malaise chez l'interlocuteur.

La paradoxalité est fondamentalement en lien avec une configuration spécifique relative à la différence des sexes et des générations. Nous devons notre existence à nos parents et, en même temps, nous nous construisons nous-mêmes, au travers des rencontres, des hasards et de nos capacités créatives. Nous sommes à la fois comme nos parents et différents d'eux. Le fantasme de scène primitive organise la transitionnalisation de l'origine. Cette forme fantasmatique est impossible à organiser dans le mode de fonctionnement schizophrénique. À la place de l'Œdipe, on voit émerger ce que Racamier (1995) appelle l'Antœdipe. La scène primitive n'est pas attaquée mais effacée. Le patient est à lui-même son propre parent. C'est cette configuration spécifique qui entraîne le patient schizophrène hors des conventions du lien social.

La schizophrénie est un combat à la fois pour et contre la pensée. Le délire et les hallucinations constituent des symptômes qui signifient qu'un combat est engagé. Ils occupent le versant dynamique de ce qui est en jeu. Inversement, l'émoussement de l'affect signe plutôt une forme d'épuisement du sujet dans son combat.

4.1.6. Traitement

Du point de vue thérapeutique, la schizophrénie relève de deux prises en charge conjointes : une prescription médicamenteuse et l'hospitalisation, avec un intense travail institutionnel autour du patient.

La prescription médicamenteuse a pour objet la diminution du délire et des hallucinations afin que le sujet puisse émerger suffisamment de la confusion et de l'angoisse.

Le travail institutionnel est essentiellement groupal, même s'il passe par un suivi individuel régulier. Ce qui compte est sans doute moins de l'ordre d'une prise en charge individuelle, thérapeutique (psychanalytique ou autre) que de la nécessité de créer du lien, envers et contre tout. Les actes parlants, plus que les paroles, sont essentiels dans ce travail.

4.2. Psychose paranoïaque

4.2.1. Définition et débats

Le terme de paranoïa signifie : « pensée à côté » et « connaissance altérée ». Le terme existe depuis l'Antiquité et il a connu des significations différentes au cours du temps. On doit sa signification actuelle à Kraepelin : la paranoïa se manifeste par un délire sectorisé inaltérable pendant que le reste de la personnalité est intact.

L'absence d'hallucination dans la paranoïa est un critère de différenciation fondamentale avec la schizophrénie. Ce point de différenciation clinique entre schizophrénie et paranoïa, portant sur l'absence d'hallucination dans la paranoïa, peut toutefois être discuté. On peut en effet considérer que le délire paranoïaque s'appuie sur un point de départ hallucinatoire, c'est-à-dire sur une défaillance de la symbolisation primaire et de la représentation de la représentation. Les deux situations cliniques commentées par Freud (« Remarques psychanalytiques sur le cas de paranoïa » ; « Un cas de paranoïa contredisant la théorie psychanalytique ») mettent en évidence l'une et l'autre un déclenchement de type hallucinatoire. On peut cependant noter que, dans la paranoïa, la construction rigoureuse du délire vient recouvrir le moment hallucinatoire initial alors que dans le syndrome d'influence, en particulier, l'hallucination reste de bout en bout sinon manifeste, du moins potentiellement présente.

En France, plusieurs termes ont été utilisés, dans l'histoire de la psychopathologie, pour qualifier ce syndrome : « monomanie » ou « folie raisonnante » (Esquirol), « délire de persécution » (Lasègue), « délire chronique systématique » (Magnan). C'est Lacan (1936) qui remet le terme de paranoïa en selle dans sa thèse consacrée à un cas de psychose paranoïaque.

4.2.2. Incidence

Dans l'ensemble, la paranoïa semble davantage toucher les hommes que les femmes puisque son incidence est à 70 % masculine et à 30 % féminine. L'âge d'apparition de la paranoïa est peu précis, entre 20 et 50 ans.

4.2.3. Symptômes et troubles

Il existe une incertitude quant au repérage de ce trouble : beaucoup de paranoïaques sont parfaitement insérés dans la société, productifs et efficaces. Ils ne présentent aucun symptôme spécifique, sauf si on approche la zone de délire organisé.

Les recherches concernant les causes n'ont, jusque-là, donné aucun résultat : on ne découvre aucune source génétique. La prise de toxiques (alcool, cannabis, LSD, amphétamines, cocaïne) peut faire survenir des troubles d'allure paranoïaque. On rencontre également des situations d'éclosion paranoïaque dans le sillage de maladies somatiques : sida, troubles vasculaires cérébraux, suite de transplantation. Les causes psychodynamiques sont donc actuellement retenues.

La paranoïa est caractérisée par un trouble délirant relativement plausible, présenté de façon claire par un patient cohérent et, jusqu'à un certain point, convaincant.

Le délire se présente comme une conviction sectorisée irréductible par la logique et non conforme aux normes du groupe. Cette conviction possède un aspect fermé, presque autistique. La mise en cause frontale du délire entraîne une position de méfiance, voire une attitude très hostile. À côté de ce délire, on peut observer des conduites d'hypervigilance : le patient se montre attentif à son environnement dans la recherche de signes susceptibles de confirmer sa conviction délirante. Il prend des notes et confronte les dates entre elles. Il est méfiant et persuadé d'être le seul à détenir la vérité. Il se montre ainsi mégalomane. On rencontre parfois des comportements intempestifs : le patient peut se montrer agressif. À d'autres moments, ce sont plutôt les aspects dépressifs qui prennent le devant de la scène : on ne l'écoute pas, on l'abandonne malgré les preuves qu'il accumule.

4.2.4. Les différentes formes de paranoïa

Il existe différents types de paranoïa qu'on peut distinguer à partir du contenu délirant : le type persécutoire, le type érotomaniaque, le délire de jalousie, le type hypocondriaque.

- Dans la psychose paranoïaque de type *persécutoire*, le patient se dit traité de façon malveillante par quelqu'un ou un groupe de personnes de son entourage. Le délire est construit, parfois très élaboré, cohérent, ce qui fait également la différence avec la schizophrénie paranoïde dans laquelle l'incohérence et l'invraisemblance du délire règnent.
- Dans la psychose paranoïaque *érotomaniaque*, il ne s'agit pas d'un délire à contenu persécutoire mais d'un délire amoureux. Le patient est aimé par quelqu'un, généralement une célébrité, habituée des plateaux de télévision, du monde du spectacle ou du monde politique. Tout est interprété comme signe d'amour : les paroles d'une chanson, telle réplique dans un film, telle prestation médiatique. Tout est adressé au patient. Le délire est souvent complété par la conviction que l'entourage de la célébrité s'oppose à la rencontre des deux amoureux potentiels. Cette forme érotomaniaque peut se retourner en son envers, et l'objet d'amour devenir objet de haine.
- Le délire de *jalousie* met en scène trois personnes : le patient ou la patiente, sa compagne ou son compagnon, et une troisième personne, censée être l'amant(e) du compagnon ou de la compagne. On retrouve toute la panoplie classique de la méfiance et de l'interprétation des moindres faits et gestes. On retrouve également, dans cette forme de paranoïa, le mouvement homosexuel projeté : « Je l'aime, lui (elle), un homme (une femme) » qui fait l'objet d'une projection : « Non, je ne l'aime pas, c'est elle (lui) qui l'aime. »
- L'*hypocondrie* reste un cas particulier qui peut tout aussi bien être rattaché à la paranoïa qu'à la mélancolie. Dans ce cas de figure, l'élément persécuteur est un organe du corps. Le patient est convaincu d'être le siège d'une maladie que les médecins sont incapables de détecter, tantôt par incompétence, tantôt parce qu'ils se liguent contre lui en refusant de lui dire la vérité. L'hypocondrie peut être rapprochée de la mélancolie sous l'aspect plaintif, répétitif et lancinant de la plainte. Freud (1914) note que l'hypocondriaque « doit avoir raison ». En d'autres termes, comme pour la paranoïa et comme pour la mélancolie, le trouble est l'expression d'une série d'éléments qui, à travers l'expression d'une dynamique psychique actuelle, appartiennent à l'histoire du patient. Ils n'ont pas été, à un moment, pris en compte par l'environnement et n'ont pas

pu être suffisamment subjectivés (Aisenstein *et al.* 1995 ; Brusset, 1998 ; Jeanneau, 2002 ; Burloux, 2004).

4.2.5. Théories sur les sources de la paranoïa

On rencontre globalement trois grands modèles pour rendre compte de la paranoïa : le modèle de Freud, exposé dans le texte consacré au Président Schreber (1911b) ; les hypothèses de M. Klein (1952b) ; les travaux d'E. Erikson (1968).

Modèle de Freud

Le symptôme paranoïaque, la conviction d'être persécuté, résulte d'un mécanisme de défense en deux temps. Au départ, le sujet est confronté à un désir ou à l'expression d'une pulsion sous forme d'une représentation : « Je l'aime, lui, un homme ». Le refoulement échoue et cet échec qui ne permet pas la constitution d'une névrose ouvre la voie à deux autres mécanismes de défense. Le premier est le retournement : « Je ne l'aime pas, je le hais », auquel succède immédiatement le second, la projection : « Je ne le hais pas, c'est lui qui me hait ». Le résultat de ce double système défensif, par renversement puis projection, est que le désir homosexuel initial fait retour du dehors. Il apparaît alors comme étranger au sujet qui, par l'effet des deux mécanismes de défense, se sent parfaitement innocent. Non seulement il sauvegarde son narcissisme en étant exempt de tout désir homosexuel, mais en plus il revendique d'être quelqu'un de pacifique : il ne hait pas, ce sont les autres qui le haïssent.

L'interprétation de Freud met l'accent sur le mouvement homosexuel initial qui ne peut pas être refoulé et donne naissance à une forme pathologique délirante qui abolit la différence dedans/dehors. On peut se demander pourquoi, dans cette situation, le refoulement échoue et ne permet pas l'éclosion d'une hystérie de conversion ou d'angoisse, ou l'amorce d'une névrose obsessionnelle. Plus précisément, qu'est-ce qui, au sein de la représentation renversée puis projetée, et dans la nature du lien qui lie cette représentation à l'affect, présente un certain nombre de caractéristiques propres à rendre le refoulement inopérant ?

Cette question ouvre sur d'autres conceptions de l'origine de la paranoïa.

Point de vue kleinien

Les travaux de M. Klein éclairent les premiers moments de la vie psychique à travers la dialectique entre deux positions fantasmatiques : la position paranoïde-schizoïde et la position dépressive. La position

paranoïde-schizoïde porte sur le clivage de l'objet en bon et mauvais. Tout ce qui est frustrant pour le sujet est mauvais et projeté au-dehors dans l'objet. De plus, le sujet dénie sa propre agressivité qu'il projette également dans l'objet. Les mauvais aspects de l'objet sont persécuteurs, et le sujet redoute d'être attaqué par l'objet aussi intensément qu'il attaque cet objet au-dedans. La position paranoïde-schizoïde se dialectise progressivement avec la position dépressive, dans laquelle les bons et mauvais aspects de l'objet sont rassemblés au sein de la même personne. À ce moment, le sujet se sent coupable de blesser l'objet et risque de perdre son amour. Il cherche à réparer l'objet par sa sollicitude. De ce point de vue, la paranoïa pourrait être comprise comme l'impossibilité, au moins partielle, d'accéder à la position dépressive, le sujet restant bloqué dans un mécanisme propre à la position paranoïde-schizoïde. La paranoïa serait donc la survivance d'un mécanisme psychique ancien, nécessaire au développement.

Comment comprendre cette survivance, pourquoi la position dépressive ne peut-elle pas s'organiser ?

Travaux d'Erikson

Les travaux d'E. Erikson sur le développement psychique et la question identitaire partent de l'idée d'une confiance de base. Le tout petit enfant doit, pour se développer de façon suffisamment harmonieuse, se sentir confiant vis-à-vis de son environnement. Si les premières années de vie sont vécues dans un contexte inadéquat, il n'y a pas acquisition de cette confiance de base. Le sujet développe alors une personnalité fermée, hostile et interprétative. En d'autres termes, les processus qui permettent l'organisation de la position dépressive, suivant le point de vue kleinien, sont perturbés par un climat délétère. Les expériences de réassurance qui permettent logiquement l'accès à la confiance et rendent le bébé confiant et heureux ne sont pas réalisées de façon suffisante. On pourrait dire, pour reprendre les termes de Winnicott, que les processus de transitionnalité sont partiellement inopérants dans la mesure où, réellement, le sujet ne peut pas s'appuyer sur une suffisante stabilité de son environnement.

On peut donc penser qu'à la source de la paranoïa, on rencontre une expérience blessante, une déception profonde face à un environnement qui ne s'est pas montré suffisamment bon. En ce sens, le paranoïaque a raison : il a été blessé, persécuté et haï. Cette perspective croise les travaux sur l'enfance du Président Schreber (voir Prado de Oliveira, 1979).

4.3. Psychose maniacodépressive

4.3.1. Définition

Le terme de psychose maniaco-dépressive disparaît du vocabulaire de la psychopathologie actuelle au profit de l'expression « troubles bipolaires » (Lalonde, 1999). La mise de côté de la psychose maniacodépressive correspond en fait à un constat : un certain nombre de patients présentent une alternance d'humeur dépressive et maniaque, ou hypomaniaque, sans pour autant délirer. Ils souffrent de troubles de l'humeur et, de ce point de vue, doivent plutôt être rattachés à la catégorie des troubles narcissiques-identitaires ou états limites. On réserve donc habituellement l'appellation psychose maniacodépressive à des situations dans lesquelles le patient présente une alternance marquée entre des phases dépressives et des phases maniaques en lien avec la perte du contact avec la réalité.

4.3.2. Traitement

La psychose maniacodépressive est, parmi les psychopathologies, celle pour laquelle les facteurs organogénétiques ont été rapidement mis en évidence. Le traitement, la plupart du temps, est fondé sur le lithium qui se montre efficace dans plus de la moitié des cas. Le lithium a pour effet d'atténuer les changements d'humeur et de permettre au patient de mener une vie à peu près normale sans les chocs consécutifs au surgissement des phases maniaques ou dépressives. Le traitement médicamenteux – durant toute la vie dans un grand nombre de cas – associe souvent un suivi psychothérapeutique individuel.

4.3.3. Incidence et évolution

La psychose maniacodépressive touche autant les hommes que les femmes. Elle débute en fin d'adolescence au plus tôt, souvent plus tard vers 40 ans ; chez les hommes, le plus souvent, par un épisode maniaque ; chez les femmes, par un épisode dépressif. Les patients présentent en moyenne quatre ou cinq épisodes maniaques en 10 ans. Entre les épisodes dépressifs et les épisodes maniaques, il y a récupération complète : le sujet ne présente pas de symptôme particulier.

Le début de l'*épisode maniaque* est généralement rapide, de quelques heures à quelques jours. L'humeur devient euphorique, excessive et exubérante. L'estime de soi et l'optimisme sont bruyamment mis en avant. En même temps, le sujet devient rapidement agressif si on discute ses projets grandioses. Les processus de pensée s'accélèrent. Le patient a le sentiment de penser très vite et tout le temps. Il fait des jeux de mots, mais il y a de moins en moins de liens logiques humoristiques

dans ce qu'il dit. Son débit verbal s'accélère. Les troubles du sommeil sont fréquents : le patient ne dort plus mais ne se sent pas fatigué. Il peut alors se lancer dans toute une série d'actions sexuelles, sociales, religieuses, qui vont attirer l'attention sur lui et entraîner l'hospitalisation (conduites d'exhibition, discours public incohérent, dépenses excessives). On note enfin des troubles corporels : la digestion est difficile, le patient a toujours chaud et il transpire.

Le *moment dépressif* est marqué par une baisse de l'estime de soi. Autant le patient, dans l'épisode maniaque, se sent tout-puissant, autant il est désormais habité par le sentiment de son impuissance voire de son indignité. La pensée se ralentit, le patient se désintéresse de son travail et du monde. Les troubles du sommeil sont marqués par l'insomnie. Le patient ne peut plus se réveiller le matin.

4.3.4. Théories sur les sources de la psychose maniacodépressive

Dans « Deuil et mélancolie » (1915b), Freud aborde la question de la psychose maniacodépressive à partir de la problématique du deuil et de la mélancolie. La question de la séparation et de la perte de l'objet est centrale au sein de ces processus. Dans le deuil, la perte de l'objet implique un double travail psychique. D'une part, la reconnaissance de cette perte implique que l'objet disparu au-dehors doit être « tué » au-dedans. D'autre part, le moi se transforme à l'image de certains aspects de l'objet perdu. D'un côté, l'objet doit disparaître au-dedans et il est nécessaire de le désinvestir. De l'autre, le sujet se transforme partiellement sur le modèle de l'objet afin de compenser la douleur de la perte et de continuer comme si l'objet n'était pas vraiment perdu. On voit ici que toute la dynamique de l'étayage (appui, empreinte, écart, reprise) au sens de R. Kaës (1993) est engagée.

Le travail de deuil, dans sa double vectorisation de reconnaissance de la perte et de l'autotransformation, implique que l'appui sur l'environnement précoce a été satisfaisant : on ne peut perdre que ce qu'on a possédé. L'empreinte laissée par cet environnement de base, ou objet fondamental, au cours des soins précoces, est suffisamment ferme, solide et plastique à la fois pour que le sujet s'appuie sur l'expérience première de s'être détaché de l'objet, dans le processus de différenciation/séparation sans pour autant le perdre radicalement. Le processus d'identification aux fonctions maternelles permet de traverser la séparation sans décompensation majeure. L'autotransformation qui accompagne normalement le travail de deuil ne fait en somme que répéter le processus de formation du moi à partir des premiers liens avec l'objet, lorsque le sujet, via l'étayage, se modèle sur, et est modelé par, l'environnement maternant. C'est précisément ce double travail

qui ne peut pas se réaliser au sein de la mélancolie et qui est court-circuité dans la psychose maniacodépressive. Dans la mélancolie, « l'ombre de l'objet tombe sur le moi » (Freud, 1915b). Dans la psychose maniaco-dépressive, le moi triomphe de l'objet. Les phases maniaques montrent un sujet triomphal, vainqueur, affranchi de toutes les contingences du quotidien, inaccessible à la tristesse ou à la fatigue.

Il est possible d'interroger plus avant les processus mis en œuvre dans la phase maniaque du triomphe du moi sur l'objet. On peut se demander si un travail de destructivité ne tente pas de s'accomplir qui suppose que l'objet soit terrassé, détruit, et survive malgré tout (Zaltzman, 1987). La manie aurait alors pour objectif, via le triomphe sur les contingences de l'objet, de n'avoir plus à craindre sa perte. Elle fonctionnerait comme un gigantesque meurtre psychique de l'objet pour fondamentalement le trouver. C'est à cette oscillation répétitive que nous fait assister la psychose maniacodépressive. L'objet, impossible à perdre au-dehors, est également impossible à ériger au-dedans. La violence à l'œuvre dans chacune des phases maniaque et dépressive explose dans l'impasse mélancolique qui, dans ses formes les plus radicales, aboutit au suicide, c'est-à-dire au meurtre de l'objet confondu avec le moi.

4.4. Mélancolie

Si la dépression est en lien avec la perte de l'objet, ou l'insuffisance de la présence de l'objet interne, la mélancolie se présente d'abord comme une confusion entre l'objet et le moi.

Le deuil (Freud, 1915b) est un processus de travail engagé par la psyché consécutivement à la perte d'un objet. Dans le deuil, le sujet sait ce qu'il a perdu. Le moi se détache pas à pas de l'objet disparu : l'objet est « mort », mais on doit d'une certaine façon le tuer au-dedans de soi, expérimenter jour après jour sa disparition. En même temps que ce processus de détachement opère point par point, le sujet s'identifie à certains aspects de l'objet, de sorte que, d'une certaine façon, l'objet perdu au-dehors est assimilé au moi. Tout deuil confronte à un processus de transformation personnelle. En même temps que s'opère ce double processus, le moi peut commencer à investir de nouveaux objets.

Dans la dépression, le détachement et le déplacement à partir de l'objet ne s'effectuent pas de façon suffisante. Les choses semblent s'arrêter à mi-chemin. On a le sentiment que le processus se répète pendant tout l'épisode dépressif et qu'il ne parvient pas à son terme : l'objet est encore recherché.

Dans la mélancolie, en revanche, le processus de deuil est totalement paralysé. Le patient sait qu'il a perdu quelque chose mais il ne

sait pas ce qu'il a perdu. Il n'y a pas de processus de détachement, ni de déplacement. À la place, on observe un collage de l'objet et du moi. La haine éprouvée contre l'objet qui a abandonné le sujet est, du fait du collage avec l'objet, dirigée contre le moi lui-même. Le mélancolique se juge indigne. Il ne mérite pas de vivre. Sa plainte contre lui-même est incessante et abrite un procès sans fin contre l'objet. Tous les symptômes de la dépression sont présents mais de façon intensive. Le sujet ne se reconnaît aucune valeur. Sa violence contre lui-même totalement disproportionnée peut aboutir au suicide. Le mélancolique tue l'objet en se tuant.

Dans « Psychologie des masses et analyse du moi » (1921) (R. Roussillon, 1999a), Freud complète le tableau : la haine peut provenir de l'ancienne haine de l'objet contre le sujet. Dès lors, quand « l'ombre de l'objet tombe sur le moi », la haine en provenance de l'objet tombe sur le moi à l'intérieur de la psyché elle-même. On peut parler de délire mélancolique mais, là encore, comme Freud le remarque à propos de l'hypocondriaque, le mélancolique doit avoir raison. Quelque chose s'est produit, ou ne s'est pas produit dans son histoire, qui n'a pas permis qu'un processus de différenciation/séparation avec l'objet puisse s'élaborer de façon suffisamment dynamique.

5. Syndromes confusionnels

Sous cette appellation générale de syndromes confusionnels (on peut également parler de troubles cognitifs, delirium, démences, troubles mentaux organiques) sont classées différentes sortes de pathologies dont l'origine est, *a priori*, de nature neurobiologique. Nous les évoquons rapidement afin d'esquisser la place du clinicien dans ce type de conjoncture pathologique *a priori* d'origine somatique.

5.1. Delirium

Le delirium désigne classiquement une altération globale et réversible des fonctions cognitives à la suite de l'ingestion d'un produit toxique (alcool, drogue), dans le sillage d'une atteinte corporelle (cardiaque, cérébrale) ou consécutive à l'absorption d'un médicament. Les signes cliniques associent une diminution de l'attention, une altération du rythme veille/sommeil, une désorientation spatio-temporelle, des troubles perceptifs, des hallucinations et une profonde perturbation de l'état émotionnel (anxiété, panique).

La source est clairement somatique mais on doit également porter son attention sur d'autres éléments relatifs à l'histoire. Comment le sujet est-il conduit à dépendre de l'alcool ou d'un quelconque

toxique ? Quelles blessures narcissiques sont consécutives à la maladie somatique ? Bref, même dans le cas du delirium, on ne peut pas négliger les aspects qui font référence à la vie émotionnelle du sujet, et ramener le delirium à une seule expression corporelle.

5.2. Démence

La démence est un syndrome marqué par la présence de plusieurs déficits cognitifs persistants. La mémoire est défaillante, le fonctionnement quotidien du sujet est profondément perturbé. La démence signe quelquefois un processus dégénératif irréversible. Par exemple, la démence d'Alzheimer ou de type Alzheimer associe des troubles mnésiques, des troubles de l'orientation et des troubles du langage. La démence dite de Creutzfeldt-Jakob, révélée au grand public dans la suite de ce qu'on a appelé l'épidémie de la « vache folle », est consécutive à l'absorption de prions.

On rencontre également des situations de démence dans la suite des atteintes neurologiques consécutives à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Au XIX[e] siècle, avant la découverte des antibiotiques, la syphilis, maladie sexuellement transmissible, évoluait jusqu'à présenter un tableau de démence irréversible. Des troubles d'origine vasculaire, impliquant la perte de fonction de certaines zones cérébrales, entraînent aussi l'éclosion de démences.

On pourrait *a priori* se demander quelle peut être la place du clinicien dans ce type de prise en charge. On pourrait penser que seules des approches médicales et rééducatives sont requises. C'est d'ailleurs une tendance actuelle que de considérer que seuls les psychocognitivistes ou les neuropsychologues peuvent avoir légitimement une place dans le dispositif de soin.

Il existe trois champs d'interventions possibles pour le clinicien, étroitement en lien les uns avec les autres. Ces champs sont classiques, mais ils méritent cependant une définition plus précise dans ce type de soin.

- Le premier concerne le patient. Comme nous venons de le souligner, l'histoire du patient est toujours importante à explorer. Il ne s'agit toutefois pas seulement de l'histoire du lien au produit toxique, pas simplement non plus de l'ensemble des inévitables difficultés de l'enfance. Il s'agit de la vie, de l'histoire d'une vie. Un souvenir peut être raconté en soi, pas pour être interprété, mais comme une façon d'être en lien ici et maintenant avec un autre semblable. C'est donc dans la perspective d'un lien actuel, avec le sujet dément ou déficient, que le clinicien peut se situer. Au-delà, nous devons souligner que ces

récits de vie et ces bribes de souvenirs, même s'ils n'ouvrent sur rien d'autre qu'eux-mêmes, relèvent toujours d'un travail de liaison. Ils appartiennent de plein droit à ce que N. Zaltzman (1998) appelle, à la suite de Freud, le « travail de civilisation » ou « travail de culture ».

- Le deuxième champ concerne la famille. Il est souvent – sinon toujours – nécessaire d'accompagner la famille. Il ne s'agit pas, là non plus, d'engager systématiquement une thérapie familiale, mais simplement d'être là (Roos, 2004), de soutenir quand c'est nécessaire, et de rassurer parce que la démence d'une personne proche est toujours traumatique. Les familles ont besoin de rencontrer quelqu'un qui puisse simplement écouter leurs doléances, entendre leur plainte et leur souffrance.
- Le troisième champ concerne le travail au sein de l'équipe. Comme avec les familles, il est souvent nécessaire d'être simplement là et d'écouter ce que les membres de l'équipe ont à dire. Sans proposer systématiquement une réunion centrée sur le « vécu » des soignants, dispositif souvent difficile à mettre en place compte tenu de la charge de travail, le clinicien peut fonctionner comme un « passeur » d'affects au sein du groupe.

Cette position d'écoute attentive du patient, de la famille et de l'équipe, contrairement à ce qu'on pourrait imaginer au premier abord, est complexe. Elle implique à la fois la capacité d'entendre des récits parfois violents, surchargés d'affects, et d'éprouver empathiquement ce que le sujet et le groupe cherchent à communiquer. Bien souvent, ces récits ont d'abord une fonction de décharge et placent le clinicien comme conteneur de la souffrance d'autrui. Il s'agit donc, pour le clinicien, de ne pas se laisser aller à porter des jugements péremptoires sur les membres de l'équipe ou les familles. Il est enfin essentiel de ne pas s'engager dans des conflits au sein des équipes, mais de tenter de comprendre, chaque fois que c'est possible, quels en sont les enjeux profonds. La plupart du temps, le clinicien joue un rôle institutionnel. Il doit donc favoriser, autant qu'il est possible, et suivant des modalités qu'il faut inventer à chaque moment, le travail de communication, de lien – c'est-à-dire le « travail de culture » – entre les soignants.

Il y a un certain nombre d'années, de jeunes étudiants en psychologie avaient réalisé une enquête auprès des médecins chefs de service des hôpitaux psychiatriques de leur région, afin de savoir comment ils définissaient les principales qualités d'un psychologue clinicien. L'un de ces médecins, pédopsychiatre, avait répondu : « l'humour ». Une autre définition, elle aussi en lien avec l'humour, a été proposée par J.-J. Ritz, psychologue et enseignant à l'Université : « Un clinicien, c'est quelqu'un qui trempe les malades dans l'humain plutôt que dans l'aldol. »

CHAPITRE 21

Pôle d'organisation narcissique-identitaire du psychisme

1. Introduction

Les pôles de souffrance narcissique-identitaire – on doit le terme à R. Roussillon – du psychisme représentent un ensemble à la fois complexe et cohérent au sein de la psychopathologie clinique : complexe parce qu'il rassemble un certain nombre de troubles apparemment fort différents les uns des autres dans leurs expressions symptomatiques ; cohérent parce que ces troubles s'organisent autour de racines communes qui touchent essentiellement le narcissisme et la continuité/discontinuité identitaire.

Les différents pôles névrotiques abordés mettent en avant cette différence symptomatologique : quoi de commun, *a priori*, entre un symptôme hystérique de conversion et un rituel obsessionnel ? La psychiatrie actuelle, il faut le souligner, s'engouffre avec le DSM-IV dans un descriptif détaillé de ces symptomatologies sans jamais interroger leurs racines profondes, ni les dynamiques développementales et signifiantes dans lesquelles elles s'inscrivent. Le succès des nouvelles entités découvertes presque jour après jour – hyperactivité, troubles obsessifs compulsifs (TOC), etc. – tient à leur aspect pseudoscientifique et, surtout, à la potentialité commerciale qu'elles représentent pour les laboratoires pharmaceutiques. Plus profondément, elles font dériver le trouble psychique de son socle signifiant pour l'enchâsser au sein d'une théorie qui en dénie le sens et, par suite, toute potentialité dynamique. C'est ce qu'on pourrait qualifier de théorie « virale » de la psychopathologie : la souffrance est liée à des causes extérieures au psychisme. On assiste, au mieux, à une conversion généralisée – au sens où le sujet, comme l'hystérique, se dit étranger à ses symptômes – et, au pire, au triomphe du déni. La diversité des symptomatologies qui s'expriment au sein des souffrances narcissiques-identitaires ne doit donc pas empêcher d'en repérer les problématiques communes,

même si, au sein de ces croisements, on repère des configurations spécifiques.

Affirmer que le narcissisme est en jeu ne suffit pas. Il s'agit de dessiner comment le narcissisme est engagé, et quelles sont alors les modalités qui se présentent. Il est possible de repérer des modes de souffrance narcissique-identitaire au sein des organisations névrotiques sans pour autant que cette souffrance forme l'essentiel de ce que doit traiter le sujet. Mais en même temps, cette souffrance est susceptible d'occuper le devant de la scène si des difficultés dépassent les capacités de traitement névrotique de la situation.

La souffrance narcissique-identitaire dessine en somme le cœur de l'humain. Elle touche à l'intime, à ce qu'il y a de plus fondamental et de plus fragile au sein de l'être. Nul ne peut y échapper, sauf par des artifices – addictions, dénis, agirs – qui sont, en même temps, sa signature la plus authentique. J. McDougall (1978) évoque la normopathie qui, précisément, se traduit par l'exigence d'être « comme tout le monde » et de n'avoir aucune difficulté personnelle. Cette normopathie exprime, au plus profond, une des formes de souffrance narcissique-identitaire.

Nous distinguons deux sources de souffrance narcissique, étroitement imbriquées l'une à l'autre. La première est liée au processus de séparation. La seconde est relative à la notion d'individuation et à la nécessité de l'appui – sur un autre sujet, sur l'acte – au sein de la dynamique identitaire. Nous aborderons brièvement la question du narcissisme puis nous passerons en revue quelques modes d'expression de la souffrance narcissique-identitaire.

2. Travail de séparation

R. Roussillon et A. Ciccone ont montré combien le processus qui conduit à la constitution d'un être indépendant, à la fois relié à – et séparé de – l'autre, est aléatoire et exige qu'un certain nombre de conditions soient activement engagées et portées par l'environnement précoce. Nous ne ferons donc ici que des remarques d'ordre général.

2.1. Différenciation

Tout d'abord, la séparation implique préalablement la différenciation. Pour se séparer de quelque chose ou de quelqu'un, il est impératif de n'être pas confondu avec cette chose ou avec cette personne. La distinction entre l'autre et le sujet doit être suffisamment marquée

pour qu'un processus de séparation puisse s'amorcer. Ce type de conjonctures, dans lesquelles la différenciation est impossible, relève du collage adhésif, des conduites de cramponnement et, globalement, de l'emprise (Ferrant, 2001). La séparation implique donc un minimum de différenciation. Dans un certain nombre de cas cependant, marqués par l'identification projective, la séparation apparente permet de se distancier pathologiquement d'aspects de soi-même qu'on ne peut pas prendre en compte, et qu'on loge projectivement chez autrui en les maintenant à distance. La séparation illusoire permet de traiter ce qui n'est pas suffisamment différencié non seulement au sein du sujet, mais aussi entre le sujet et autrui. Autrement dit, cette apparence de séparation masque une zone d'indifférenciation.

2.2. Supporter l'écart ou la perte

Généralement, comme Freud le souligne à propos du processus de deuil (1915b), la séparation implique deux mouvements simultanés : l'un reconnaît l'écart ou la perte, et l'autre, en même temps, les rend supportables.

La reconnaissance de l'écart lié à l'absence, ou à la perspective de l'absence, est nécessairement source de souffrance. Autrui ne représente pas seulement un objet sexuel, un objet de désirs et de fantasmes, c'est un objet lié à la satisfaction des besoins. En ce sens, l'angoisse première de perdre l'amour est systématiquement présente dans le processus de séparation. Chaque fois, l'angoisse d'être abandonné, seul et sans secours, vient plus ou moins colorer les émotions qui gravitent autour du fait de la séparation. Se séparer est une blessure – la blessure de perdre et d'être abandonné – qui met le narcissisme en péril. Cette souffrance, même minime, doit pouvoir être négociée.

2.2.1. Séparation dans la vie quotidienne

Dans la vie quotidienne, il est banal d'avoir un peu de mal à supporter le temps, plus ou moins long, dans lequel la séparation est imminente et inéluctable. On assiste parfois, dans ce temps particulier, à de spectaculaires renversements : le sujet se débrouille, maladie ou accident, pour rendre la séparation impossible ; il déclenche une dispute qui exprime tout son ressentiment, ou il renverse brutalement la situation, affectant une indifférence ou un rejet. Ces formes de traitement de la séparation sont évidemment motivées par l'angoisse. Il s'agit de prolonger le lien avec l'objet ou, par renversement, de se

rendre maître de la situation afin d'éviter la position de passivité impliquée par la séparation. Le sujet se sent abandonné comme il se sentait, enfant, abandonné par l'un ou l'autre de ses parents.

2.2.2. Séparation et histoire du sujet

Ces différentes configurations supposent ainsi une autre scène qui vient colorer plus ou moins fortement ce qui est en train de se dérouler dans l'instant. La scène de séparation actuelle est interprétée à la lumière de l'histoire du sujet. Dans cette autre scène, un certain nombre d'enjeux psychiques sont mobilisés et s'actualisent. Comment comprendre cette forme plus ou moins systématique de répétition ?

En premier lieu, le sujet garde en mémoire, même s'il ne les a pas toutes présentes à l'esprit, l'ensemble des situations de séparations auxquelles il a été confronté enfant et adolescent. Ces expériences de séparation fonctionnent comme un catalogue qui permet de construire une sorte de typologie. Certaines séparations apparaissent donc moins dramatiques que d'autres et elles sont supportables. Elles n'engagent pas la vie du sujet. Cette typologie des expériences de séparations permet de n'être pas débordé par l'angoisse, de lier ce qui est éprouvé en faisant appel à diverses représentations consolantes et rassurantes.

Ensuite, l'écart réel est traité – soigné – par le maintien ou non de la présence interne de l'objet. Dans d'autres situations, ces expériences convoquent une douleur ancienne, actualisée dans le moment présent. On se sépare comme, jadis, on a été abandonné, réellement ou fantasmatiquement. Il se produit alors une sorte de court-circuit temporel : l'expérience ancienne est en train de se répéter, le temps est aboli, la mémoire est défaite, et le présent prend exactement la couleur du passé.

Chaque moment de l'existence s'inscrit dans une trame composée de toutes les expériences passées. Tout ce qui advient est mesuré, jaugé, à l'aune de l'histoire. Si les expériences ont été suffisamment symbolisées et soutenues, si elles n'ont pas plongé le sujet dans une détresse indicible, la situation présente peut être supportée. Inversement, si le sujet est à ce moment envahi par le retour d'expériences qui n'ont pas été suffisamment subjectivées, alors les catégories temporelles sont abolies et le présent n'existe qu'à la lumière d'une douleur qui n'est pas passée.

2.2.3. Séparation et travail psychique

La question est donc de savoir comment un sujet supporte la séparation et l'absence qui en est la conséquence. Quel travail psychique doit être réalisé qui permet de continuer à vivre sans être débordé

par la souffrance ? Freud (1915b) propose une hypothèse qui met en jeu, implicitement, toute l'histoire du sujet. On ne peut accepter de perdre l'objet, même momentanément, que si on a l'assurance de le conserver. La séparation objective n'est possible que si l'objet reste psychiquement présent. Nous avons évoqué plus haut l'exemple des trois bébés proposé par M. Fain (1971). Le premier bébé s'endort facilement, en appui sur ses autoérotismes, parce qu'il est en contact avec une représentation du parent qui, dans la réalité de son environnement, est en train de se séparer de lui. On ne peut se séparer de l'objet qu'à la condition d'en garder la représentation au-dedans. L'enfant peut tolérer l'éloignement de l'objet dans la mesure où il reste en étroit contact avec lui via les processus autoérotiques.

À ce niveau, se pose la question de la quantité, c'est-à-dire de la durée supportable. R. Roussillon (1999a) souligne combien le petit enfant est capable de supporter un temps de séparation à condition que les modalités du lien soient suffisamment bonnes. Mais si la séparation dépasse les capacités élaboratives du bébé, on observe une désorganisation psychique. L'objet, absent au-dehors, disparaît aussi au-dedans. À ce moment, le bébé sombre dans un état de détresse. La souffrance de la séparation objective n'est plus compensée par la réassurance d'une présence subjective. La capacité à se séparer sans effondrement tient à une expérience préalable de présence de l'objet. Les conditions nécessaires pour que la présence de l'objet ouvre sur la capacité à se séparer sans désorganisation. Globalement, l'objet doit faire preuve d'une certaine capacité à être présent et à s'absenter dans le même temps. La capacité à se séparer se construit petit à petit au sein de la relation homosexuelle primaire « en double » (R. Roussillon, 2003). C'est dans cette dynamique que peuvent se forger les fondements de la représentation de l'objet, dans leur plasticité essentielle au fonctionnement psychique.

En d'autres termes, la souffrance narcissique-identitaire nous confronte moins à la disparition objective de l'objet, aux formes d'abandon concrètes qui émaillent toute vie, qu'à différentes formes de disparition psychique de l'objet, à différentes formes de son absence et de son effacement à l'intérieur même de la psyché.

Tout le problème de la séparation au sein des souffrances de type narcissique-identitaire tourne autour de cette question centrale : la séparation avec l'objet est d'autant plus difficile qu'elle n'est pas compensée – soignée, pourrait-on dire – par une suffisante présence psychique. Le deuxième bébé décrit par M. Fain propose une bonne illustration de cette difficulté : il ne peut s'endormir qu'à la condition que l'objet reste présent à ses côtés et garde, parfois, un contact

physique avec lui. Dans cette conjoncture, ce qui n'est pas suffisamment élaboré et présent au sein de la psyché nécessite un appui perceptif dans la réalité.

La question de savoir comment l'enfant constitue une représentation suffisamment stable de l'objet à l'intérieur de lui, engage toute l'histoire de la subjectivation. Dans le champ de la psychopathologie de l'adulte, nous n'apercevons que les effets de cette défaillance. Nous ne sommes pas au contact de ce qui s'est passé, ou de ce qui ne s'est pas passé, mais des conséquences de cette conjoncture et des modalités de traitement que le sujet a mises en jeu pour parvenir à s'en sortir.

Conséquences cliniques

Observation 1

Une simple illustration, relativement classique sinon banale, peut permettre de préciser les enjeux de cette question dans la pratique. Les cliniciens savent d'expérience que les périodes de fêtes, donc d'absence, sont souvent douloureuses pour les patients. Habituellement, on observe deux grands types de réaction lors des périodes de séparation qui précèdent les grandes ou petites vacances. Certains reprochent à leur psychothérapeute de partir « prendre du bon temps » et imaginent qu'il profite de ses vacances pour se livrer à toutes sortes d'expériences amoureuses. D'autres sont inquiets et recommandent la plus grande prudence au clinicien s'il doit prendre la route. Les premiers imaginent une situation de rivalité, le clinicien étant censé prendre du plaisir sans eux. Les autres ne se situent pas dans une forme de rivalité avec un ou des objets, mais redoutent une perte pure et simple. Cette typologie est cependant trompeuse car les premiers peuvent facilement se réfugier dans une fantasmatique de type névrotique pour habiller leurs angoisses de perte, alors que les seconds peuvent se mettre à l'abri de toute pulsionnalité en se cachant derrière une angoisse dépressive de bon aloi. Seuls le contexte et l'histoire du patient permettent de saisir quel est l'enjeu précis du moment.

On peut également observer des réactions en apparence paradoxales, le sujet affectant une attitude de froideur là où on pourrait attendre une déferlante émotionnelle. Tout se passe comme si le sujet se coupait de ce qui se passe, bloquait toute sensation et adoptait une attitude froide et distante. Il peut aussi transformer la situation et la décliner sur le mode de la dérision d'une façon assez proche de la dénégation. C'est ainsi qu'avant chaque période de vacances certains patients répètent le même discours : « On dit toujours que les patients sont tristes quand leur psy s'en va. Eh bien moi, je ne ressens rien de tout ça. Les vacances ne me font ni chaud ni froid. J'espère que vous allez bien vous reposer mais moi aussi, ça va me faire des vacances. Je vais pouvoir penser à autre chose. Il fau-

drait que je me sente abandonné, comme quand j'étais petit et comme on dit dans les bouquins, mais ce n'est pas le cas. Je ne me sens pas abandonné du tout. Je ne suis peut-être pas un bon patient. Vous êtes compliqués, les psys, vous arrivez à nous faire parler de choses auxquelles on ne penserait pas normalement. Les vacances ce n'est jamais un problème, en tout cas tant qu'on ne vient pas voir un psy. » On est ici confronté à deux processus simultanés. Le premier concerne l'angoisse liée à la situation de séparation, à l'état de détresse dans lequel le sujet redoute de plonger une nouvelle fois. Le second est constitué par les réactions forgées par le sujet pour échapper à cet état d'angoisse insupportable. Or, la plupart du temps, ce dont le sujet a conscience, ce n'est pas de son angoisse, mais des réactions mobilisées contre cette angoisse et qui prennent le devant de la scène.

Le travail psychique de séparation implique simultanément plusieurs dimensions. La première est la capacité à supporter la réalité de la séparation. Même si la séparation génère toujours une forme de souffrance, celle-ci peut être différemment traitée en fonction des expériences du sujet. En même temps, le sujet peut plus ou moins maintenir le lien avec l'objet en étant relié psychiquement avec lui. L'objet n'est pas perdu parce qu'il est présent au-dedans, et cette présence interne est simultanément promesse de retour.

Travail de deuil

Le travail de deuil, tel que le décrit Freud (1915b), confronte le sujet à l'absence de retour possible. L'objet disparaît définitivement de la réalité. Il est mort ou perdu. Le travail psychique alors engagé implique un processus d'identification, de transformation du moi, tel qu'il intègre certaines qualités de l'objet disparu. Les caractéristiques de l'objet perdu font désormais partie du sujet ; le sujet devient un peu « comme » ce qu'il a perdu. La perte subie dans la réalité est compensée par un processus d'autotransformation qui adoucit la perte. On peut souligner que se reproduit ici la même opération que celle qui permet au tout petit enfant de devenir autonome lorsqu'il s'approprie les qualités de l'objet qui lui sont nécessaires : se nourrir soi-même, se caresser, être propre, etc. L'être humain soigne les pertes inévitablement subies par le moyen de ses capacités d'autotransformation.

Séparation temporaire

Dans le cas de la séparation temporaire plus ou moins longue, le processus ne suit pas exactement la trame du travail de deuil. S'il en était ainsi, toute séparation aboutirait à la disparition du lien. L'autotransformation du sujet le libérerait de l'objet. La séparation

implique donc une sorte de suspension liée à la promesse potentielle de retour. Le sujet peut se séparer de l'objet parce que l'objet va revenir. La question de l'espoir est donc directement engagée dans le travail de séparation momentanée. L'organisation anale de la pulsion, la capacité à retenir dans l'espoir d'un soulagement ultérieur, soutient pulsionnellement la capacité à attendre le retour de l'objet à la fois sans le perdre et sans en être définitivement séparé. On peut dire que, dans cette conjoncture, la représentation de l'objet dont le sujet est momentanément séparé est une représentation d'attente, une forme intermédiaire entre l'exigence de son retour rapide liée à l'angoisse d'être abandonné, sa perte définitive, et le processus de deuil qui aboutirait à son détachement définitif.

Il faut de plus ajouter une variable essentielle liée à l'objet lui-même, à l'investissement qui le vise. Nous nous séparons évidemment avec facilité des objets qui n'ont guère d'importance pour nous, même si leur fréquentation est quotidienne. Dès qu'un objet est fondamentalement investi, tout processus de séparation engagé avec lui met en travail les différentes dimensions repérées.

La clinique montre, en outre, que le sujet n'a pas toujours conscience de la force de ses investissements qui visent tel ou tel objet : l'être humain est assez fréquemment ignorant de ce qui compte vraiment pour lui. C'est, entre autres, une des raisons qui anime différents points de la méthodologie clinique générale exposée plus haut : on ne peut pas savoir, à partir de ce que déclare explicitement le patient, ce qui lui fait effectivement défaut. Ici peut être soulignée toute l'importance de la négativité à l'œuvre dans la façon dont les représentations sont reliées les unes aux autres, leur place dans l'histoire du patient, et les défenses qui se mobilisent lorsqu'il évoque la présence et/ou l'absence de tel ou tel objet.

Cette conjoncture anime spécifiquement les pôles de souffrance narcissique-identitaire. La construction qui sous-tend le travail de séparation n'autorise pas une suffisante souplesse de fonctionnement face à la séparation. De ce point de vue, nous devons souligner qu'il n'existe pas de modèle absolu qui permette de traiter toutes les séparations de façon souple. La souffrance est chaque fois présente, de même que l'angoisse qui avertit le sujet que l'éventualité d'un abandon se présente à nouveau dans sa vie. La souffrance liée aux séparations est une souffrance fondamentale chez l'être humain qui se décline ensuite sous différentes formes. Ce qui caractérise, en revanche, les pôles de souffrance narcissique-identitaire est moins la douleur liée à la séparation en elle-même que les modes de traite-

ment forgés par le sujet au cours de son histoire. C'est précisément ici qu'on peut observer à la fois les racines communes et les divergences de traitements qui ouvrent sur la variabilité symptomatique. Mais avant d'aborder cet aspect, nous devons envisager l'autre versant de la souffrance narcissique-identitaire qui tient à la dynamique de l'identité.

3. La question de l'identité : individuation et appui

3.1. L'identité : une question complexe

La question de l'identité est redoutablement complexe. L'étymologie donne « idem » comme source du mot, c'est-à-dire « la même chose ». Il s'agit de la constance d'une organisation psychique qui reste semblable à elle-même et se reconnaît à travers la flèche du temps. La qualité d'être la même chose implique toutefois plusieurs boucles connexes.

3.1.1. Être le même à travers le temps

Il y a tout d'abord la possibilité d'être ou non exactement le même à travers le temps. L'expérience la plus intime, la plus accessible aussi, nous renseigne aisément : tout sujet a le sentiment d'être lui-même depuis le début, depuis le moment où sa mémoire le représente lui-même. Il éprouve un sentiment de continuité. Il reconnaît également son image sur les photographies ou les films antérieurs à cette prise de conscience ; il se reconnaît dans les clichés qui le représentent lorsqu'il était bébé. Cette image lui est plus ou moins familière et s'accompagne d'un sentiment d'étrangeté dans la mesure où il se reconnaît du dehors. En même temps, une autre conviction tout aussi absolue l'anime : il a changé. Il est et n'est plus ce qu'il a été. Il faut enfin souligner la banalité de l'étrange expérience quotidienne qui consiste à se reconnaître au plus intime de ses manques : tel oubli, tel acte manqué, ou tel lapsus font surgir un sentiment d'identité : « C'est bien moi, ça ».

3.1.2. « Soi-même » et les « autres »

Cette constance de soi à travers le temps implique également la différence, l'altérité. Il y a un « soi-même » parce qu'il y a les « autres » qui se distinguent de chaque sujet, mais avec lesquels il entretient quelquefois des identités et des similitudes affichées ou secrètes. On serait tenté de dire que chaque sujet est tout aussi semblable et non semblable à autrui qu'il est semblable et non semblable à lui-même. Il n'y a pas d'identité sans altérité tant interne qu'externe. Il serait

sans doute plus pertinent d'évoquer les différentes formes d'altérités internes et externes qui organisent et étayent la trame identitaire, à la manière du concept d'identité négative forgé par E. Erikson (1968). L'autre est « étrange », comme si toute ressemblance induisait l'écart, et tout écart la ressemblance. Étrange expérience que se découvrir l'autre de l'autre, non son double, mais son objet, d'être pour lui là où il est pour nous.

L'identité apparaît donc plurielle sinon groupale (Kaës, 1993). Non seulement elle s'organise suivant le modèle d'une pluralité, mais de plus elle s'inscrit et émerge à partir du groupement : famille, groupe professionnel et amical, nation et humanité (Racamier, 1992). L'identité implique à la fois une « autoreconnaissance », une continuité, une « autodéfinition » et une « hétérodéfinition ». Elle nécessite que le sujet, simultanément, se regarde, se sente, s'entende et s'éprouve (R. Roussillon, 2002). L'identité implique la réflexivité. Elle suppose des boucles rétroactives forgées au sein de la relation « en double » homosexuel primaire via les processus d'échoïsation, de rêverie et de plaisir partagé avec l'objet. Comme le disait Freud « l'identité c'est le diable ».

3.2. L'identité : étrangeté et séparation

Cet ensemble de considérations conduit à proposer que l'identité se définit d'abord autour de son point d'étrangeté. Elle s'organise autour d'un noyau de négativité, d'absence du sujet, là où il n'existe pas. Elle n'est pas une donnée immédiate mais une construction, la résultante de toute une série d'expériences qui permettent au sujet de se négativer sans risque de se perdre. La continuité identitaire implique une discontinuité fondamentale, une expérience de la discontinuité forgée précocement dans le lien avec l'objet et réactivée, remise en travail, au cours de l'adolescence. L'expérience d'être est inséparable de son négatif radical : le non-être. Toute la question de la rythmicité des soins précoces est engagée dans cette dialectique fondamentale de l'être et du non-être.

La question de la séparation est centrale : l'expérience de séparation suppose la perspective de n'être rien pour l'autre, de ne pas exister pour lui durant une certaine période. C'est pourquoi nombre de traits cliniques des souffrances narcissiques-identitaires visent à tenter de se représenter comment le sujet existe dans la psyché de l'objet, si l'objet garde une représentation dans l'absence, s'il continue d'investir le sujet. On repère ici la marque de la zone traumatique historique. Cette expérience de la discontinuité est impossible à envisager dans les

situations où la souffrance narcissique-identitaire est centrale. Comme nous l'avons souligné, la discontinuité n'est possible qui si elle s'appuie sur une suffisante continuité, l'espoir d'un retour qui permet de traverser la désorganisation de l'être.

3.3. Psychose et problématique identitaire

La psychose constitue le terreau psychopathologique traditionnel de la problématique identitaire. La question est ici évidente – trop évidente peut-être – et partiellement réductrice dans la mesure où elle suppose que la dynamique identitaire est implicitement résolue dans les autres configurations psychiques. Ce sont, il n'est pas inutile de le répéter, les modalités de traitement de ces questions qui sont spécifiques à l'une ou l'autre des grandes entités psychopathologiques. Si l'enjeu profond de la dialectique de la continuité/discontinuité identitaire reste peu ou prou le même, seuls les aléas de son développement et des solutions engagées diffèrent d'une forme à l'autre.

Dans les formes de souffrance psychotique, la question de l'altérité est traitée de façon radicale par le déni et des clivages profonds. Les différenciations sont abolies ou érigées comme autant de forteresses apparemment inexpugnables. Le processus de représentation interne échoue. Dans les formes névrotiques de la souffrance psychique, la question de l'altérité se pose de façon relativement symétrique : c'est précisément la dialectique entre l'étrangeté et la familiarité de soi à soi qui est en constant déséquilibre. Mais cette double composante identitaire n'est en quelque sorte jamais perdue : travaillée par le biais du refoulement, elle ne cesse d'enrichir le moi et de faire retour via les rêves et les aléas de la vie quotidienne. Dans les formes de souffrance narcissique-identitaire, une part de soi manque, le défaut est fondamental (Balint, 1968) et implique une oscillation entre les formes radicales de traitement psychotique de l'altérité et de la similitude, et les formes plus conservatrices et plus dynamiques du traitement névrotique. Le défaut fondamental est relatif à la continuité/discontinuité internes et aux différentes formes d'absentification et d'effacement de l'objet au sein de la dynamique psychique.

3.4. Individuation

C'est sur ces bases que se construit la question de l'individuation. Les remarques précédentes dessinent une dynamique de l'individuation qui suppose que tout sujet est individué à la mesure de ses capacités à rester en lien avec autrui au sein de sa vie psychique. La séparation, entendue ici à la fois comme état – on existe en étant séparé des

autres – et comme expérience – l'écart lié à l'absence –, implique une expérience de non-séparation interne, c'est-à-dire de suffisante continuité du lien à l'objet. Inversement, la rupture du lien à l'objet au sein de la psyché implique le recours à la présence effective de cet objet – ou d'un objet substitutif – au-dehors, dans l'environnement plus ou moins proche du sujet.

Dans le même temps, l'individuation suppose la double possibilité de se sentir à la fois semblable à – et différent de – tous les autres. Ce jeu entre le même et le différent ne se déploie pas seulement dans l'actuel de l'espace intersubjectif, il se déploie aussi – fondamentalement – dans le domaine de la filiation. C'est sur ce socle de transitionnalisation que vient buter la question identitaire dans la schizophrénie, et plus largement dans les souffrances psychotiques, puisque la question de l'origine est traitée par l'éradication de toute altérité et de toute ambiguïté. Dans ce cas de figure, le fantasme de scène primitive, au sein duquel le sujet est simultanément présent et absent, est inélaborable. Il explose ou, plus précisément, il est totalement anéanti par le « fantasme tueur de fantasmes » (Racamier, 1992) qu'est le fantasme d'auto-engendrement. Ce fantasme d'auto-engendrement n'est lui-même qu'un effet de l'incapacité du sujet à se représenter qu'il représente. La psyché autoreprésente son propre fonctionnement sans capacité de repérage de l'univers représentatif. Être né de soi-même, par soi-même, clôt radicalement l'énigme de l'origine et l'accès à la symbolique paternelle – la forclusion du nom du père selon J. Lacan – en imposant une duplication infinie de soi.

Mais l'altérité expulsée revient avec violence dans le délire, les hallucinations et plus précisément la sensation d'étrangeté – les objets bizarres (Bion, 1962a) – qui colore les sensations quotidiennes des patients. Dans le cadre des pôles de souffrance névrotique, la sexuation nécessaire de l'humain est source d'excitation débordante, donc de souffrance. Toute la symptomatologie névrotique s'emploie à générer du sens, du symbole et de la liaison pour tenir ce qui menace de déborder. L'excitation générée par le fantasme de scène primitive n'est pas déniée ou supprimée. Elle fait peser une menace constante de débordement qu'il s'agit d'endiguer via le refoulement, le déplacement, la conversion, le renversement dans le contraire, les formations réactionnelles et toutes les formes de phobies possibles. La souffrance narcissique-identitaire puise à l'une et à l'autre de ces solutions, tout en construisant des possibilités originales qui, si elles ne sont pas absentes d'autres formes psychopathologiques, apparaissent, par leur fréquence et leurs spécificités, assez représentatives des enjeux narcissiques-identitaires.

3.5. Appui ou étayage

C'est en ce point qu'intervient la question de l'appui, ou de l'étayage. On connaît la théorie classique de l'étayage, telle que Freud la propose dans les *Trois essais sur la sexualité* (1905c) : la pulsion sexuelle émerge en prenant appui sur l'autoconservation. Cette théorie, analysée et développée par J. Laplanche (1970), a été également travaillée par R. Kaës (1993) qui en propose une large synthèse. Pour Kaës, le processus d'étayage implique à la fois :

- l'appui : le holding et le handling ainsi que les formes d'appui primitives sur l'objet d'arrière-plan ;
- l'empreinte : toute la question des traces identitaires de l'objet, de son rôle de modèle et des formes de modelage du sujet qu'il a développées est ici engagée ;
- l'écart, c'est-à-dire le travail de différenciation et de séparation ;
- la reprise : toute la dimension autoérotique de l'appui – sur soi-même, sur ses propres capacités psychiques et sur le corps – est présente.

La souffrance narcissique-identitaire s'inscrit précisément dans différentes formes de défaillances de cette quadruple dimension de l'étayage. Mais c'est essentiellement la quatrième, la reprise, qui semble condenser l'essentiel des difficultés.

Nous avons souligné plus haut que l'incertitude qui pèse sur la fiabilité de la représentation de l'objet interne implique le recours à un objet externe, sur le modèle décrit par M. Fain (1971). On peut généraliser cette forme de recours, et la considérer comme relativement paradigmatique de la souffrance narcissique-identitaire. D'une manière ou d'une autre, la défaillance interne est traitée par l'étayage sur un objet externe. Cet appui peut prendre plusieurs formes. Il n'est pas forcément appui sur une personne ou un idéal ; il peut être appui sur le corps, sur l'acte, sur la maladie, sur l'activité. Dans l'ensemble, la souffrance narcissique-identitaire a systématiquement recours à cette forme d'externalisation. R. Roussillon (1991) montre comment la psyché prend forme en se modelant, et d'une certaine façon en s'expérimentant, sur l'objet médium malléable, comment elle prend forme en organisant l'informe au-dehors. La dynamique de la souffrance narcissique-identitaire tourne constamment autour de ce processus qui apparaît, du même coup, à la fois comme la source et comme l'espace de déploiement du soin dans ce type de troubles. Les boucles rétroactives qui s'instaurent entre le bébé et son entourage, qui ne prennent que progressivement valeur d'échanges entre le dedans et le dehors parce qu'elles sont la matrice du proces-

sus de différenciation, sont plus ou moins défaillantes localement. Cette défaillance montre ce qui est en souffrance, c'est-à-dire, au double sens souligné par J. Lacan (1966) puis par J. Guillaumin (1988), ce qui est à la fois source de malaise et en attente de reprise et d'élaboration. Quelque chose de la psyché est pris dans une répétition. La reprise – au sens du quatrième terme du processus d'étayage (voir ci-dessus) – ne parvient pas à s'instaurer ; l'objet est inséparable, encore localement indifférencié ; sa réalité objective est non seulement nécessaire, mais aussi impérative et sans discontinuité.

En résumé, la souffrance narcissique-identitaire souligne une défaillance dans le processus d'individuation, dans le jeu constant entre altérité et similitude, la nécessité d'un appui réel sur un objet, quel qu'il soit, et plus profondément, une faille identitaire qui ne parvient à se juguler ni par les voies puissantes de l'éradication psychotiques, ni par les voies conservatrices et enrichissantes d'une solution névrotique. En d'autres termes, la position dépressive est constamment présente à l'horizon de la psyché. Elle balbutie de sorte que le sujet ne cesse de déraper et de tournoyer dans ses propres méandres, là où l'autre est à la fois impérativement nécessaire et radicalement défaillant.

4. Souffrance narcissique

Les principaux enjeux du narcissisme sont traités dans ce livre par R. Roussillon et A. Ciccone. Nous ne reprendrons donc que quelques idées essentielles.

L'idée d'un narcissisme primaire anobjectal a animé, sinon envenimé, les débats entre les tenants de l'observation des bébés et les défenseurs d'une logique impliquant le narcissisme primaire anobjectal au fondement de l'être. Les travaux de Winnicott sur la transitionnalité permettent de dépasser l'une et l'autre de ces perspectives. Au reste, ce dépassement est esquissé par Freud dès 1911 (1911a) lorsqu'il remarque que le bébé a nécessairement besoin d'un environnement adéquat pour atteindre la plénitude liée à la satisfaction. Le narcissisme anobjectal est une sorte d'illusion nécessaire au développement psychique, mais cette illusion implique impérativement la présence efficace de l'objet. Une forme de souffrance narcissique-identitaire s'enracine précisément dans les blessures infligées à cette illusion. Non qu'elle n'ait pas été possible, mais elle a été discontinue, insuffisante, sinon chaotique.

Freud souligne que, si l'étude des névroses de transfert a permis de suivre l'évolution des motions pulsionnelles libidinales, l'étude de la schizophrénie et de la paranoïa donne accès à la psychologie du moi et au narcissisme. Dans la maladie organique, le malade retire ses investissements sur son moi et les émet à nouveau en direction des objets après sa guérison. C'est ce même processus qu'on rencontre dans l'état de sommeil lorsque le dormeur, comme le malade, se replie en lui-même.

Dans l'hypocondrie, on observe en apparence le même processus mais sans maladie organique objective. Pourtant, Freud soutient que l'hypocondrie doit avoir raison. Comme dans la paranoïa, la persécution trouve ses racines dans certains aspects de l'histoire infantile du sujet. Une part de soi est en souffrance et en attente. Quelque chose en soi attend un écho, une reprise externe qui permettrait de lui donner une forme. Freud a recours à une formule qui, d'une certaine façon, condense toute la problématique de la souffrance narcissique : « Un solide égoïsme préserve de la maladie mais on doit se mettre à aimer pour ne pas tomber malade et on tombe malade lorsqu'on ne peut plus aimer. » Le lien affectif, dans ce type de conjoncture, devient un impératif vital : il faut aimer ou haïr.

Dans le cadre des souffrances narcissiques-identitaires, l'amour porté à l'objet en charge de combler au-dehors ce qui est défaillant au-dedans contient une forte dimension liée aux besoins du moi. L'illusion de la solidité interne est étroitement dépendante de la présence de l'objet. Quelque chose ou quelqu'un doit être là, à l'extérieur, en charge de porter et de combler ce qui fait défaut au-dedans : objet d'amour, objet de haine, idéal, maladie, addiction, acte.

On connaît la distinction classique entre deux types de choix d'objet : le choix par étayage qui consiste à choisir l'objet d'amour sur le modèle de la mère (la femme qui nourrit ou l'homme qui protège) ; le choix narcissique dans lequel on aime ce que l'on est soi-même, ce que l'on a été soi-même, ce que l'on voudrait être soi-même ou la personne qui a été une partie du propre soi. La solution narcissique se situe à mi-chemin de l'un et de l'autre de ces choix ou, plutôt, elle les combine et les transforme en les faisant dériver du côté du besoin. C. Janin (1990, 1996) souligne combien, dans certaines conjonctures traumatiques, l'excitation sexuelle affichée par le sujet abrite un noyau froid et désanimé. On peut étendre cette proposition à différentes modalités d'appui rencontrées dans les souffrances narcissiques. L'amour – ou son contraire, la haine – affiché pour l'objet masque une forme de désespoir et de désert. Ainsi, comme nous l'avons souligné, il convient de ne pas se laisser abuser par l'apparence des symptômes qui

feraient assez facilement passer l'expression d'une souffrance narcissique pour une problématique névrotique flamboyante.

5. Modes d'expression de la souffrance narcissique-identitaire

Nous allons rapidement passer en revue quatre formes d'expression de la souffrance narcissique-identitaire telles que nous les rencontrons dans la pratique. Chacune de ces formes donne une simple perspective générale. Nous envisagerons successivement : la solution par l'objet ; la solution par l'acte ; la solution par le corps et la solution perverse.

Le terme « solution » peut naturellement être discuté. Il s'agit des modalités que le sujet met en place pour traiter – échapper à – l'angoisse née de l'incertitude quant à la fiabilité de la représentation de l'objet interne. Le terme « solution » signifie donc avant tout « tentative de résolution » en même temps qu'expression symptomatique. Comme nous l'avons précisé, le symptôme est porteur de sens ; il est tentative de résolution d'une difficulté intraitable autrement.

5.1. L'objet

5.1.1. Dépression et dépressivité

On ne peut pas aborder la solution par l'objet sans évoquer la question de la dépression. On doit à J. Bergeret (1976) puis à P. Fedida (2001) la distinction entre dépressivité et dépression. La dépressivité est inhérente à la vie psychique, elle est une potentialité régulatrice et rythmique des inévitables aléas de la psyché. La dépression comme processus pathologique, en revanche, vide la psyché de toute dynamique. La capacité à se déprimer implique, comme nous l'avons souligné pour la question identitaire, la possibilité de se laisser gagner temporairement par l'informe et le sentiment de vide. Cette capacité dépressive suppose donc en amont toute une série de modalités régulatrices qui permettent au sujet de se déprimer sans pour autant s'enfoncer dans la dépression. Les variations d'humeur, les sensations de tristesse, de vide, de « coup de blues » appartiennent à la capacité dépressive normale de l'humain. Il en va tout autrement de la dépression comme entité psychopathologique qui bloque le sujet dans une impasse où il se sent plus du côté du non-vivant que de la vie.

La dépression se manifeste (Widlöcher, 1994) par une sensation d'épuisement et une apathie généralisée face aux exigences du quotidien. Mais le plus remarquable est que la dépression n'affecte pas

seulement la vie psychique. Elle est aussi une véritable transformation des modes de régulation neurophysiologiques. La dépression engage l'être non seulement dans la dimension psychique, mais aussi dans la dimension somatique. De ce point de vue, la dépression relève d'une approche psychosomatique. Les praticiens soulignent d'ailleurs que tout travail avec un patient déprimé, dans la phase aiguë de son malaise, est extrêmement difficile voire impossible. Les sensations d'épuisement et de vacuité sont telles que tout abord est pratiquement voué à l'échec. Toutefois, un suivi médical assorti d'une prescription médicamenteuse ajustée permet l'amorce du travail et, progressivement dans les situations suffisamment favorables, la diminution du traitement.

Tout sujet déprimé n'est donc pas forcément dépressif. Inversement, tout sujet déprimé montre, par sa dépressivité, qu'un certain travail psychique est en jeu, qu'un processus de deuil ou de séparation interne est en cours, et qu'une aide psychothérapeutique est éventuellement envisageable. À l'horizon de cette « déprime » temporaire se dessine toujours la perte d'un objet, actuel ou ancien, et la nécessaire transformation des investissements engagés parfois inconsciemment. Un processus de deuil est à l'œuvre, de façon plus ou moins nette, dans la dépressivité en même temps que le sujet se lance dans la quête de cet objet.

Dans la dépression, la perte est également présente mais elle est beaucoup plus diffuse. C'est une perte qui concerne ce qu'on peut désigner comme un objet des fondements ou un objet fondamental. Cet objet fondamental plonge ses racines suffisamment loin dans l'histoire du sujet pour que sa perte l'enferme dans une forme de détresse. Il peut n'avoir aucune forme concrète et échapper complètement à la conscience. C'est plutôt un objet composite, une forme intermédiaire soi/autre dont la présence est impérativement nécessaire. Cet objet peut prendre une apparence concrète définie – partenaire, ami, activité –, mais dont le rôle dépasse largement ce qu'on attend habituellement d'un tel investissement.

On est donc confronté à un double processus.

- D'une part, quelque chose s'apparente à une perte ancienne mais relève en dernière instance d'une non-fiabilité de la représentation de l'objet. Cette fragilité implique une recherche d'objet compensateur au-dehors, chargé de servir d'appui. Tant que cet objet ou ces objets restent présents et suffisamment disponibles, l'économie psychique peut se développer sans angoisse majeure.
- D'autre part, la disparition de l'objet « bouchon » réactualise l'expérience ancienne de détresse, la conjugue au présent et signe

du même coup l'échec de la solution adoptée. En ce sens, la dépression révèle la face cachée de la souffrance narcissique-identitaire : le désespoir.

Nous avons évoqué plus haut la proximité entre dépression et mélancolie, et force est de constater qu'un certain nombre de dépressions sont susceptibles de basculer dans un processus mélancolique. Ce dernier – c'est ce qui fait l'écart avec la dépression – suppose une bascule narcissique, comme Freud en fait l'hypothèse dans « Deuil et mélancolie » (1915b). Dans la dépression non mélancolique, cet objet fondamental, imperdable parce que jamais suffisamment trouvé, reste marqué d'une part d'altérité. Il reste confusément un objet secourable, potentiellement créable.

Ces considérations autour du déclenchement dépressif, marqué par la disparition consciente ou non d'un appui, conduisent à évoquer différentes modalités d'appui.

5.1.2. Modèles d'appui

L'appui peut être trouvé dans la présence d'un partenaire amoureux ou amical dont la présence est impérative. L'objet est alors une sorte de double, comme la répétition de la relation en double homosexuel primaire. L'objet est choisi en fonction de ses capacités de contenance et d'apaisement. Inversement, il peut servir d'appui à travers la haine qu'il mobilise. On rencontre fréquemment ce genre de configuration dans les situations de divorce où les ex-conjoints continuent de se haïr malgré la dissolution officielle du couple, comme si le lien avec l'autre ne pouvait pas être défait, et comme si, surtout, cet autre haï jouait un rôle régulateur dans l'économie psychique du sujet.

À côté de ces formes d'appui amoureux ou haineux centrées sur un objet ou des objets spécifiques, on peut distinguer d'autres formes dans lesquelles l'objet ou les objets visés sont de moins en moins distincts. La dimension « autre/même », propre à l'objet potentiellement secourable, s'efface progressivement au profit d'une pure et simple fonctionnalité.

En allant vers le plus fonctionnel, on peut distinguer l'objet d'évacuation, l'objet utilitaire et les conduites addictives.

– La fonction de l'*objet d'évacuation* est de contenir les aspects indifférenciés insupportables au sujet. C'est un type de configuration qu'on rencontre au sein du lien pervers narcissique décrit par P.-C. Racamier (1992). L'objet est choisi pour porter ce que le sujet est incapable de porter. L'objet d'évacuation est à la fois impérativement nécessaire et constamment dénigré. Il est attaqué,

sali et rabaissé, à la mesure de ce que le sujet redoute de reconnaître en lui. Les situations de harcèlement moral (Hirigoyen, 1999) relèvent de cet aspect. Le chef d'entreprise, le responsable de bureau ou le (la) collègue de travail désignent une « victime » au sein de l'entourage qu'ils ne cessent de harceler et de critiquer. On rencontre également ce type de configuration au sein de l'univers familial (Eiguer, 1989), le conjoint (ou un enfant) étant « choisi » comme objet d'évacuation.

- L'appui constitué par l'*objet utilitaire* se rencontre essentiellement dans la perversion que nous envisagerons plus loin. L'autre est utilisé non pour ce qu'il est mais pour les services qu'il peut rendre au sujet. Il n'existe que comme « objet narcissique » du sujet, sans identité propre. Dès que sa mission est achevée, il est abandonné. Cette forme se rapproche de la mystification abordée à propos des conduites pour rendre l'autre fou. Dans cette situation, on se rend compte que ce n'est pas l'objet en tant que tel qui importe, comme dans le cas du lien amoureux ou haineux spécifique. L'objet n'a aucune consistance propre.
- Nous situons les *conduites addictives* au sein de cet effacement progressif de l'objet. Elles en forment, d'un certain point de vue, l'aboutissement. Les conduites addictives réussissent à construire un semblant de lien avec un « objet » constamment disponible dont les effets sont à la fois immédiats et répétitifs (Corcos, 2000, 2003). L'objet d'addiction n'est jamais décevant. Sans entrer dans le détail des conduites toxicomaniaques, on ne peut que constater que, du tabac à l'alcool (Monjauze, 1999), et des médicaments à l'héroïne, l'efficacité est la règle. Le lien avec un autre être humain ne peut pas procurer au sujet des sensations aussi fortes que celles qu'il éprouve avec son objet d'addiction. Un autre humain n'est jamais totalement disponible, ni semblable à lui-même, d'une rencontre à l'autre. Par certains aspects, le lien d'addiction se rapproche de la relation d'objet impitoyable.

5.2. Appuis sur l'acte et passages par l'acte

Nous n'avons pas la place de reprendre ici une typologie détaillée des agirs dans la mesure où ils se déploient depuis l'acte manqué, le passage par l'acte, jusqu'au passage à l'acte meurtrier (voir Roussillon, 1991). Nous proposons, comme pour l'objet, quelques jalons.

Une première différence doit être soulignée entre des agirs potentiellement signifiants (passage par l'acte) et des agirs de type quantitatifs qui n'ont d'autre fonction que de soulager le sujet. Les agirs

signifiants, les passages *par* l'acte, contiennent une adresse virtuelle à l'objet. Ils agissent ce qui ne peut s'exprimer autrement. Ils sont potentiellement une amorce, une attente de réponse et visent un objet potentiel. Dans d'autres conjonctures, cependant, le sujet agit pour évacuer la tension insupportable. M. De M'Uzan (1994) souligne que ces sujets sont avant tout « esclaves de la quantité ».

5.2.1. Passages par l'acte

Agirs délinquants : vol et vandalisme

Le type même d'agir signifiant est le symptôme, tel qu'on le rencontre par exemple dans la conversion hystérique ou le rituel obsessionnel. On peut toutefois décaler le point de vue, et inclure une bonne part des agirs délinquants au sein de cet éventail. Winnicott (1958) souligne combien le vol correspond à un préjudice ancien et doit être entendu comme une tentative de réparation. Le vol est une forme de dédommagement. Malgré les bénéfices secondaires qu'il procure, la quête profonde et inconsciente est d'être pris, pas forcément pour être puni, mais pour que quelqu'un entende la blessure.

À côté du vol, on peut repérer une autre forme de passage à l'acte signifiant : le vandalisme. Il ne s'agit pas alors de s'approprier le bien d'autrui pour réparer un préjudice ancien. La destruction et la souillure de l'objet sont au premier plan. Deux processus se combinent au sein du vandalisme. Le premier est relatif à la notion de destructivité. Au cours du développement, il est en effet essentiel que le sujet puisse attaquer l'objet et que ce dernier survive à ces attaques. Le deuxième processus est une forme de rétorsion, en identification projective, en direction de l'objet qui n'a pas été capable de survivre. Le sujet a été « vandalisé » par la non-survie de l'objet. On est, de ce point de vue, assez proche de la situation des « enfants qui poussent à bout ». Le vandalisme vise à pousser l'objet jusqu'à ses limites afin qu'il se passe « enfin » quelque chose. Le vandalisme peut donc être compris dans le cadre d'un renversement passif/actif. On fait vivre activement à l'objet ce qu'on a soi-même vécu passivement. On lui fait éprouver ce qu'on a soi-même éprouvé : être vandalisé, abîmé par un objet.

Meurtres

Il existe une troisième forme de passage à l'acte signifiant avec certains passages à l'acte meurtriers.

Tous les meurtres ne sont pas signifiants. Certains se présentent comme pure réactivité et pure violence fondamentale (Bergeret, 1981). Les meurtres qui relèvent de cette forme de passage à l'acte signifiant

sont plutôt d'ordre passionnel. Il s'agit chaque fois de tuer pour ne pas perdre. Tantôt c'est l'amour de l'objet qui doit être conservé, tantôt c'est la considération, l'estime ou le respect. Nous tuons l'objet pour qu'il ne nous voit pas tel que nous sommes (Toutenu et Settelen, 2003). Ce type de meurtre possède une fonction de sauvegarde narcissique. L'expression la plus pure de ce type d'acte tient en une phrase : « Je l'ai tué(e) parce que je ne peux pas vivre sans elle (lui). » La défaillance de l'objet au-dehors est insupportable. Sa disparition agie par le sujet (il n'est donc pas passivement abandonné) permet de sauvegarder l'objet à l'intérieur. L'objet ne peut plus se séparer du sujet.

5.2.2. Procédés autocalmants

Il existe enfin une forme d'agirs qui fait le pont entre les agirs signifiants, les agirs d'évacuation, l'appui sur le corps et l'appui addictif. Les procédés autocalmants (Szwec, 1998) permettent une régulation quantitative de l'excitation non élaborée psychiquement. Les procédés autocalmants ont pour fonction d'évacuer, de vider, par le moyen d'actes répétitifs, tout ce qui « encombre » la vie psychique et génère l'angoisse. Le principe de Nirvana est ici à l'œuvre : il s'agit de ramener les excitations endogènes à leur niveau le plus bas. Le modèle peut être trouvé avec les conduites du troisième bébé décrit par M. Fain (1971) qui ne peut trouver le sommeil qu'en s'épuisant dans les autobercements.

La clinique confronte aux difficultés rencontrées par certains sportifs de haut niveau dont l'existence change brutalement. Tant qu'ils pratiquent intensément et avec succès leur activité, leur vie se déroule sans accroc majeur. Les compétitions, sinon la gloire, forment autant de gains narcissiques régulateurs et compensateurs d'une faille qui ne peut pas être traitée psychiquement. Mais le temps passe et la reconversion entamée échoue parfois. L'angoisse occupe le devant de la scène et les sujets passent progressivement d'un appui sur les procédés autocalmants à un appui addictif, au prix d'un isolement social de plus en plus marqué.

5.2.3. Appui sur l'activité professionnelle

On rencontre aussi des modalités d'appui sur l'activité professionnelle (intellectuelle, sociale, etc.) tout aussi efficaces. Le sujet consacre la majeure partie de son temps au travail ou à la relation d'aide. Dans un certain nombre de cas, une rupture se produit aux alentours de la cinquantaine lorsque le corps ne réagit plus avec le même dynamisme qu'auparavant, lorsque les signes de vieillissement commencent à se manifester.

La rupture peut alors prendre des aspects dramatiques. L'effondrement de l'appui sur l'activité peut entraîner une grave désorganisation somatique. Il arrive aussi que le sujet mette en œuvre une forme déguisée de suicide en s'engageant dans des conduites à risque (vitesse excessive, sport dangereux pratiqué sans préparation). Il ne peut pas faire le deuil (se séparer) d'un certain type de fonctionnement, d'une certaine image de lui-même. Il ne peut pas, psychiquement, se séparer de l'objet pour lequel il réalise tous ces exploits.

Dans d'autres situations, le sujet change brutalement de vie. Il arrive qu'il disparaisse purement et simplement et entreprenne de bâtir une nouvelle existence ailleurs, sans garder la moindre trace de son passé. Il recommence « à zéro ». Plus banalement, dans cette forme de crise, le sujet divorce et cherche à construire une nouvelle existence.

Dans un grand nombre de cas, toutefois, la rupture de l'appui sur l'hyperactivité professionnelle déclenche une dépression qui intervient comme signe de la réactivation de la perte d'un objet fondamental.

5.3. Le corps

La question de l'appui sur le corps s'inscrit globalement dans le cadre d'une approche psychosomatique (Debray, 2001 ; Dejours, 2001 ; Dumet, 2002) que nous aborderons plus loin. Nous proposons ici, au sein des modalités de souffrance narcissique-identitaire, un certain nombre de jalons.

L'approche psychosomatique de l'être est une approche globale qui ne disjoint pas le corps et la psyché. Lorsque nous avons abordé la conversion hystérique, nous avons souligné qu'elle se développait dans le cadre d'un corps imaginaire érotique. Le corps dont il est question dans l'hystérie n'est pas le corps réel, le soma, l'organisme, mais un corps interprété et porté par les autoérotismes. La carte hystérique n'est pas le territoire corporel. Pourtant, nous avons également souligné que le processus de conversion hystérique suppose une certaine « complaisance d'organe » (Freud, 1895b).

Les premiers liens tissés par l'enfant et son environnement passent par l'attention portée aux besoins corporels. La notion d'affect est ici centrale. Elle touche à la fois aux composantes symboliques, expressives, communicables, et à la dimension physiologique et somatique. L'angoisse est paradigmatique de l'affect, avec son cortège de sensations d'étouffement, de rougeur, nœud à l'estomac, tremblements, sueurs, etc. Inversement, tout événement qui affecte le corps, par maladie ou accident, implique un certain travail psychi-

que. Sauf situation de clivage qui signale une forme pathologique du rapport de soi à soi (comme dans le processus opératoire), tout événement somatique implique une plus ou moins forte résonance psychique.

Trois moments de l'existence liés à la transformation du corps, soulignent l'importance du travail psychique nécessairement engagé.

- *L'adolescence :* la transformation pubertaire modifie les appuis habituels sur le corps propre. Comme le souligne E. Kestemberg (1962), « l'adolescent n'est plus personne et n'est pas encore quelqu'un ». L'adolescence peut donc être envisagée comme le temps d'un travail psychique exigé par la transformation corporelle.
- *La maternité :* l'expérience de la maternité (voir le paragraphe « Psychose puerpérale ») transforme radicalement le corps de la femme. Porter un enfant, accoucher, entretenir avec lui une relation de grande proximité corporelle représente autant d'expériences qui transforment le rapport au corps propre.
- *Le vieillissement :* le corps change et se transforme au fil du temps. Ces transformations imposent une modification du rapport à son propre corps. Nous venons de voir comment certains sujets supportent mal, ou refusent, cette transformation liée aux effets du vieillissement, et se lancent à corps perdu – c'est le cas de le dire – dans des agirs sportifs, amoureux, esthétiques qui ont pour fonction de leur éviter, autant qu'il est possible, d'affronter la disparition de ce qu'ils ont été, ou imaginent avoir été. Derrière le vieillissement, c'est évidemment la perspective de sa propre mort qui se profile, avec la blessure narcissique qui accompagne le constat que le monde ne s'arrêtera pas pour autant.

Le corps est un partenaire obligé dont les psychosomaticiens soulignent qu'il veille sur notre bonne santé psychique. Un peu à la manière dont le sommeil encadre le rêve, le corps encadre notre vie psychique. Le corps nous envoie parfois des signaux d'alerte (sensation de fatigue, maladie) qui nous obligent à marquer un temps d'arrêt. Être en bonne santé, c'est donc être capable de tomber malade de temps en temps.

5.4. Solution perverse et sexualisation

À la différence des modalités d'aménagement qui viennent d'être décrites, la solution perverse implique une forme de fixation répétitive à un ou plusieurs scénarios. Elle témoigne en outre d'une tentative de liaison des éléments traumatiques de l'histoire du sujet, liaison qui s'effectue par la sexualisation de ceux-ci. Elle intervient

assez tôt, souvent au détour de l'adolescence, et tend, comme dans les modalités d'expression psychotique, à structurer le moi autour d'un point unique.

Les solutions perverses aux souffrances narcissiques-identitaires recouvrent globalement les deux formes classiquement distinguées entre perversion polymorphe et perversion fixée.

5.4.1. Perversion polymorphe et perversion fixée

Les perversions polymorphes sont variables, changeantes. Elles laissent ainsi un peu de place à la souffrance, mais sont rarement abordées au cours d'une première rencontre avec le clinicien. Elles sont plutôt révélées progressivement. Leur variabilité souligne la plasticité psychique encore disponible. Le sujet cherche une solution mais celle-ci ne parvient pas à effacer toute souffrance. Il peut ainsi être amené à solliciter l'aide du clinicien. L'objet secourable reste confusément à l'horizon de la psyché.

Plus la perversion s'organise autour d'un scénario unique, moins elle est polymorphe, plus elle est répétitive et monocentrée, et moins le lien à l'objet secourable est présent. Il n'y a pas, ou peu, de demande d'aide. Le scénario s'organise sur une modalité de déni des besoins psychiques, de soi et des autres. L'instrumentalisation de l'objet ne bascule cependant pas jusqu'à la radicalité psychotique. Les sentiments de toute-puissance, de supériorité et d'invincibilité sont érigés contre l'angoisse liée à la dépendance vis-à-vis de l'objet. Le renversement de la passivité en activité prime, y compris dans les formes de perversion masochiste (De M'Uzan, 1977). Ces formes de solutions perverses sont exceptionnellement accessibles au soin. En revanche, les traitements de certains psychopathes pervers permettent d'éclairer les mécanismes psychiques à l'œuvre (Balier, 1988 ; Balier *et al.* 2005 ; Ciavaldini, 1999, 2003).

Les solutions perverses des pôles de souffrance narcissique-identitaire évitent la décompensation dépressive et permettent au sujet de faire l'économie de l'angoisse de perdre l'objet. Les perversions polymorphes maintiennent le sujet dans un état de relative insatisfaction et de déséquilibre qui permet à la souffrance d'affleurer suffisamment pour qu'une demande puisse être adressée à un soignant. Au contraire, les modalités organisées fonctionnent comme de véritables sutures.

5.4.2. Sexualisation

Là encore, la même question se pose que dans les solutions perverses à des souffrances psychotiques. Comment rendre compte de la

sexualité apparemment à l'œuvre, de la sexualisation ? L'aspect manifeste du sexuel doit être interrogé ; il est trop évident et trop apparent pour ne pas être un leurre. La sexualisation est cicatricielle, elle vient suturer secondairement un traumatisme primaire. Mais contrairement aux perversions cicatricielles psychotiques, le traumatisme primaire ne désorganise pas l'ensemble du lien à l'objet. Une part reste potentiellement secourable. C'est un des mécanismes en jeu dans les formes de perversions masochistes, dans lesquelles la souffrance reçue tente répétitivement de rencontrer le point où l'objet va se transformer. Il s'agit d'aller le plus loin possible pour trouver l'objet.

Les situations des femmes battues mettent en évidence un processus assez proche. Elles supportent d'être battues et maltraitées parce qu'elles ont l'espoir que le bourreau va changer, et les reconnaître et les investir telles qu'elles sont. Leur discours est souvent le même : « Ce n'est pas de sa faute ; c'est plus fort que lui ; c'est un accident, ça finira un jour. » Elles sont animées par l'espoir de guérir le bourreau.

Les perversions masochistes fonctionnent sur le même modèle mais poussé à son paroxysme, comme si la souffrance infligée et subie était la garantie d'une rencontre effective. Le sujet souffre pour rencontrer l'objet.

J. MacDougall (1982, 1989 ; voir aussi Roussillon, 2003) propose le terme de « néo-sexualité » à propos des solutions perverses. Ces « néo-sexualités » ont une fonction défensive contre l'émergence d'affects terrifiants et incontrôlables. Elles relèvent de l'emprise en ce sens que le sujet cherche, par tous les moyens, à maîtriser ce qui surgit en lui et le menace de l'intérieur. Comment comprendre l'existence de ces affects dévastateurs ? Ils sont l'expression d'une dérégulation ou d'une absence de régulation du champ émotionnel en lien avec la fonction première de l'objet. La défaillance de la fonction « réfléchissante » et globalement régulatrice de l'environnement premier laisse des traces, des trous, des noyaux de souffrance qui doivent être impérativement traités et évacués. Une solution consiste à faire souffrir l'autre de sa propre souffrance non reconnue, non advenue, c'est-à-dire non subjectivée. La dimension masochiste des solutions perverses impose, Freud le soulignait, qu'on soit traité comme « un enfant en détresse ».

Cette forme clinique renvoie donc davantage aux aléas des liens premiers qu'aux avatars de la problématique œdipienne. La sexualisation affichée maquille la détresse, au fond de laquelle l'espoir, même infime, reste présent.

Chapitre 22
Pôle psychosomatique

1. Introduction

Le terme « psychosomatique » est généralement attribué à Heinroth qui, au début du XIX[e] siècle, essaie de rendre compte de l'impact du moral – au sens du « traitement moral » cher à Pinel – sur le développement de certaines maladies comme la tuberculose. Par la suite, dans le prolongement des travaux de Freud, un certain nombre d'auteurs ont tenté de rendre compte de la spécificité de cette approche. F. Alexander (1950) définit sept maladies psychosomatiques : l'ulcère gastroduodénal, l'asthme, l'hypertension artérielle, la rectocolite hémorragique, la polyarthrite rhumatoïde, l'hyperthyroïdie et l'eczéma. Il s'efforce de repérer l'évitement ou l'exacerbation de la conflictualité œdipienne et de la fantasmatique homosexuelle dans chacune d'elles. Mais cette conception reste caricaturale d'une certaine application forcée des découvertes freudiennes.

F. Dunbar (1940) avance de son côté l'hypothèse d'un profil de personnalité relativement commun aux patients psychosomatiques. Dans cette perspective, c'est le fonctionnement global de la psyché qui fait le lit de ce type de maladie plutôt que les destins de conflits spécifiques. Tout en préparant un certain nombre de conceptions actuelles, cette approche est aujourd'hui dépassée. D'une part, tout sujet peut être considéré comme psychosomatique et potentiellement susceptible de déclencher ce type de trouble. D'autre part, cette approche ne permet pas de saisir le moment de surgissement, c'est-à-dire ce qui, dans l'existence d'un individu, le fait basculer d'un type d'économie dans l'autre.

Du point de vue clinique, les patients dits psychosomatiques présentent classiquement une double formation de symptômes : un symptôme somatique, c'est-à-dire un trouble fonctionnel ou lésionnel, et un symptôme psychique, relevant de la pensée opératoire. L'histoire de la maladie fait souvent ressortir une variation de diagnostics ou le passage

rapide d'un trouble à l'autre. Sur le plan affectif, ces patients ont une vie fantasmatique apparemment pauvre. Ils tiennent un discours concret, centré sur le factuel, et semblent à distance de tout conflit psychique.

Notre propos n'est pas de développer les différentes formes d'expression de la souffrance psychosomatique (Dumet, 2002). Nous interrogeons le concept de fonctionnement opératoire associé aux pathologies psychosomatiques, puis nous envisageons rapidement deux formes relativement typiques de pathologie somatiques : l'anorexie mentale et le cancer.

2. Fonctionnement opératoire

2.1. Définition

2.1.1. Pour une méthode générale

Nous avons vu, à propos des névroses actuelles, que Freud considère que l'absence ou l'insuffisance d'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique peut être dérivée sur le plan somatique sous forme d'angoisse. Dans ce type de « névrose », l'angoisse est sans objet privilégié, ce qui la différencie de l'hystérie, et particulièrement de l'hystérie d'angoisse où l'angoisse est fixée sur un objet substitutif. La source des névroses actuelles relève d'un point de vue économique, sans passer par l'histoire individuelle et ses aléas. En 1914, dans son article sur le narcissisme, Freud intègre l'hypocondrie dans cette classification et complète sa réflexion étiologique sur ces « névroses » caractérisées par un retrait de la libido sur le moi.

Même si le concept de névrose actuelle disparaît plus ou moins de la nosographie psychanalytique, les distinctions opérées par Freud sont loin d'être négligeables. Les symptômes, dans les névroses actuelles, conduisent directement aux troubles psychosomatiques. Dans ce type de conjoncture, on observe une absence ou une insuffisance d'élaboration psychique : les excitations ne peuvent pas se conflictualiser psychiquement, et engendrent une sorte de destructivité. Toute la question est donc de savoir d'une part ce qui détermine ce type de solution – une certaine forme d'histoire individuelle, de lien à l'objet ou la nature même de la conflictualité engendrée –, et d'autre part si tous les êtres humains ne sont pas susceptibles, à un moment ou un autre de leur trajet de vie, de rencontrer, sous une forme plus ou moins atténuée, cette sorte de destructivité. En posant ce type de questions, nous nous efforçons de dégager le champ psychosomatique d'une approche trop limitée, qui le cantonnerait dans

un certain type de pathologies, afin de lui conférer la dimension d'une méthode générale.

2.1.2. Conceptions de Marty et de ses successeurs

Un bref rappel des conceptions développées par P. Marty et ses successeurs est nécessaire. P. Marty *et al.* (1963) décrivent la pensée opératoire comme une forme de pensée dans laquelle la parole n'implique aucune élaboration ni association. Le patient colle à la matérialité des faits et des objets. La pensée opératoire est prise dans le factuel et l'événementiel ; elle est démunie de valeur libidinale. Le sujet semble fonctionner avec un surmoi apparemment non intégré et conforme. Les mécanismes identificatoires sont superficiels. La pensée opératoire s'attache essentiellement aux choses : les processus secondaires paraissent peu opérants. P. Marty *et al.* (1963) remarquent que le patient est présent mais semble vide. C'est une « relation blanche » où le sujet évoque ses symptômes sans engagement affectif. Plus tard, P. Marty (1976) avance le concept de dépression essentielle ou « dépression sans objet ». Il la définit comme une disparition de la libido narcissique et objectale. Contrairement aux autres dépressions, la dépression essentielle n'a pas de visée objectale ou narcissique. À partir de là, P. Marty ne parle plus de pensée mais de « vie » opératoire. La dépression essentielle devient alors le fondement psychique constitutif de la vie opératoire. Dans *L'Ordre psychosomatique*, P. Marty (1980) avance l'idée que la vie opératoire est à la fois une forme de pensée et un ensemble de conduites et de comportements.

Le glissement vers l'idée d'un « état opératoire » affaiblit la dimension processuelle défensive potentiellement contenue dans le concept de pensée opératoire, et des configurations spécifiques que revêt la dépressivité à l'origine de ce mode de pensée. Par la suite, C. Smadja (1998) interroge la place du narcissisme dans la pensée opératoire à partir de « Psychologie des masses et analyse du moi » (Freud, 1921). La similitude, entre le sujet dans une foule et le sujet opératoire, réside dans le fait que la pensée perd ses qualités individuelles pour laisser place aux idéaux collectifs. Cependant, contrairement au sujet dans la foule, le patient opératoire est dépourvu d'affectivité. Cette absence d'expression affective renvoie, pour C. Smadja, à une absence de libido. La « dés-affectivité », jointe aux éléments de dépression essentielle, signe l'existence d'un trouble majeur du narcissisme, en particulier du narcissisme primaire. Le surinvestissement de l'activité, tel qu'on peut fréquemment le rencontrer, relève enfin des procédés autocalmants (Szwec, 1998). Il

dévoile une incapacité à laisser émerger une position passive et révèle un déficit narcissique primaire. De même, l'absence de haine est un autre indicateur reflétant ce déficit. M. Fain (1990) analyse le surinvestissement d'attitudes actives chez ces patients. Pour lui, il révèle la trace d'un narcissisme phallique qui est une composante de la dépression essentielle. M. Fain décrit des personnalités construites sur le mode narcissique phallique qui présentent une forme d'inachèvement de l'élaboration de la pulsion. Cette conjoncture les pousse, sur le plan comportemental, à chercher au-dehors l'estime de soi non fournie en dedans.

Le fonctionnement opératoire peut donc être révélateur de troubles narcissiques liés aux aléas d'élaboration du narcissisme primaire. Mais cette définition semble restrictive, dans la mesure où le fonctionnement opératoire doit être rangé parmi les processus de défense à disposition du moi, pour faire face, pendant un temps plus ou moins long, à une situation de type traumatique.

2.2. Clinique du fonctionnement opératoire

Quelles sont les principales caractéristiques cliniques repérables dans ce type de fonctionnement psychique (Farinone, 2001) ?

- On rencontre chaque fois une monotonie du discours et de l'élocution, une sorte d'apathie et de détachement. Le patient décrit ses symptômes de façon floue et impersonnelle. Les conduites d'autoagression sont parfois présentes, mais sans qu'il soit possible de les aborder en tant que telles.
- L'attention est captée par une écoute qui laisse difficilement place à une attention suffisamment flottante. Le patient fait vivre au clinicien un mécanisme de cramponnement, d'agrippement et d'emprise qui peut, par renversement, prendre l'apparence de l'ennui.
- Le patient place quelquefois le clinicien comme s'il était censé tout savoir et tout connaître de son histoire sans que celui-ci ait besoin de la raconter. Cela engendre chez le clinicien une sorte de flou et de confusion, comme si on devait avoir vécu une partie de l'histoire du patient. Cela dévoile une défaillance des barrières psychiques qui, par retournement, laisse percevoir une défaillance d'accordage avec l'objet primaire.
- Les thèmes pouvant ouvrir vers un processus associatif sont à peine énoncés, comme si leur simple évocation verbale provoquait aussitôt un arrêt ou une suspension de la chaîne associative. Ce phénomène engendre l'impression que l'entretien est constitué par une mosaïque d'évocations disparates, sans fil conducteur.

À partir de ces considérations cliniques, quatre caractéristiques peuvent être dégagées.

- L'affect n'est pas absent, il est neutralisé. Les travaux de M. Corcos (2003) soulignent que le symptôme alexithymique (c'est-à-dire l'absence de mot pour dire les émotions) ne peut pas être considéré comme pathognomonique des problématiques psychosomatiques. C'est un symptôme transnosographique. Dans la situation de rupture d'appui corporel qui accompagne l'état de maladie grave, le fonctionnement opératoire est souvent prévalent. Il n'est cependant pas systématique – le cas de Freud se battant contre sa maladie tout en rédigeant nombre de textes qui rendent compte de sa créativité est éloquent – et, en tout état de cause, il est réversible. La neutralisation de l'affect est une perspective clinique dynamique qui doit rester constamment présente à l'esprit du clinicien.
- La deuxième caractéristique découle directement de la première. Le fonctionnement du sujet dit « opératoire » rend compte d'une abrasion des processus autoreprésentatifs du moi. Le sujet ne se « sent » pas et ne « s'éprouve » pas. Il est coupé de toute une part de lui-même (cf. la problématique du clivage au moi comme solution aux traumatismes primaires) (R. Roussillon, 1999a).
- La troisième caractéristique tient au mode défensif requis pour combler le vide interne consécutif à la neutralisation de l'affect. Le sujet colle littéralement, dans un mouvement d'identification adhésive, au discours ambiant idéologique et technique (Smadja, 1998). C'est une situation assez courante, lorsqu'on rend visite à une personne hospitalisée pour une maladie invalidante, que de l'entendre parler de ses troubles en termes médicaux. L'adhésion au discours médical le plus technique procure une double fonction défensive : elle permet une forme de mise à distance, le corps propre étant traité comme un objet « un peu » extérieur ; elle offre un discours « prêt à porter » qui procure l'illusion d'une certaine maîtrise.
- La quatrième caractéristique est relative au discours banalisant et généralisant qui vient à la fois masquer et dévoiler le lien défaillant à l'objet fondamental.

Ce sont ces jalons que nous allons mettre en travail à travers l'anorexie mentale et le cancer. Dans l'une, on repère les enjeux somatiques d'un trouble psychique ; dans l'autre, on envisage les conséquences psychiques de la maladie somatique.

3. Anorexie mentale

3.1. Nouvelles perspectives

L'approche des troubles des conduites alimentaires comme l'anorexie et la boulimie a, pendant un certain temps, été marquée par une interprétation de type hystérique. Le refus de s'alimenter, accompagné ou non de crises boulimiques suivies de vomissements, était considéré sous un angle essentiellement psychosexuel. Le fantasme d'absorption du pénis paternel était censé rendre compte de la perte d'appétit et des crises de fringale alimentaire suivies d'une sensation de dégoût. Le fantasme incestueux – obtenir un enfant du père – était systématiquement interprété sans que, pour autant, les choses changent. C'est en France, à partir des travaux d'E. Kestemberg *et al.* (1973), de B. Brusset (1977) et de P. Jeammet (1980), que d'autres perspectives ont pu être dégagées.

Quelques auteurs ont souligné la parenté étroite qui existe entre les conduites anorexiques et boulimiques et les conduites addictives (Combe, 2002, 2004). L'anorexie mentale est constitutive d'une véritable conduite d'addiction dans laquelle les effets physiologiques de l'absence de nourriture produisent des sensations euphorisantes.

3.2. Les différentes formes d'anorexie mentale

Il existe différentes formes d'anorexie suivant l'âge et le sexe du sujet. L'anorexie du bébé et du jeune enfant s'inscrit dans une dynamique développementale et intersubjective particulière. L'anorexie du vieillard (Charazac, 1998) s'inscrit la plupart du temps dans le cadre d'un syndrome de démence sénile. Elle revêt, bien souvent, la forme d'un processus suicidaire.

On différencie classiquement l'anorexie mentale chez le garçon et chez la fille. L'anorexie mentale concerne plus généralement les jeunes filles. Les difficultés spécifiques à l'adolescence et la modification du corps propre se traduisent fréquemment sur un mode plus actif – plus délinquant – chez le garçon (Duez, 1996, 2000, 2004). Le symptôme anorexique grave survenant chez un garçon est plutôt entendu comme s'inscrivant dans un syndrome de type psychotique (Kestemberg *et al.*, 1973).

L'anorexie mentale chez les adolescentes se présente comme un syndrome qui associe simultanément ou progressivement : une perte d'appétit ; un amaigrissement ; l'arrêt des règles (aménorrhée) ; des conduites dans lesquelles l'activité (intellectuelle et sportive) prend le devant de la scène ; une attitude de détachement vis-à-vis de liens sociaux.

3.3. Traitements

Les traitements mis en œuvre sont variables d'une équipe de soin à l'autre. Certaines équipes pratiquent volontiers l'isolement de la patiente et une forme de gavage jusqu'à la reprise d'un poids jugé normal. D'autres, à partir du modèle cognitivo-comportemental, proposent un programme de soins qui inclut des formes d'isolement de moins en moins sévères au fur et à mesure que les progrès se développent. D'autres, enfin, associent à cet ensemble un accompagnement psychothérapeutique plus ou moins suivi et profond.

Globalement, le travail de soin se développe sur un modèle bifocal. D'un côté, une équipe médicale prend en charge les aspects liés aux soins corporels (régime alimentaire et suivi médical). D'un autre côté, un thérapeute ou une équipe de thérapeutes suivent la patiente soit de façon individuelle, soit de façon groupale (groupe de parole, psychodrame individuel ou psychodrame de groupe).

3.4. Survenue et évolution

La maladie anorexique commence de façon souvent banale, sans que l'entourage s'inquiète réellement. L'adolescente entreprend un régime alimentaire afin de perdre quelques kilos qu'elle juge superflus. Mais très vite, une autre logique s'installe. La perte de poids dépasse la limite préalablement fixée et des comportements de dissimulation se mettent en place. L'adolescente mange de façon apparemment normale puis s'isole pour se faire vomir. Elle se dissimule aussi, parfois, sous d'amples vêtements qui effacent sa maigreur ou, à l'inverse, s'expose sans la moindre gêne. En même temps, et de façon plus ou moins secrète, l'investissement de son corps prend une tournure presque délirante. Elle se trouve trop grosse, obèse et, surtout, elle ne s'aime pas. Elle ressent du dégoût vis-à-vis d'elle-même. Des alternances entre phases d'anorexie et phases de boulimie peuvent apparaître, faisant se succéder gavage et vidage à un rythme parfois quotidien ou pluriquotidien.

3.5. Sources de l'anorexie mentale

Nous ne reprenons pas ici le détail des enjeux et des sources de la maladie anorexique. Ils ont été largement décrits ailleurs (Kestemberg *et al.*, 1973 ; Brusset, 1977 ; Jeammet, 1980 ; Ferrant, 2001 ; Combe, 2002). Nous esquisserons seulement quelques jalons essentiels.

La maladie anorexique apparaît au cours de l'adolescence, c'est-à-dire dans un moment où le sujet perd une part de ses appuis corporels.

Le corps change et le sujet se retrouve privé des repères acquis au cours de la latence. À ce moment, il trouve habituellement un appui sur ses propres processus autoérotiques et rythmiques, sur le groupe des pairs et au sein de sa famille. Ces appuis substitutifs impliquent, en amont, une organisation psychique solide nouée dans le cadre de relations précoces « suffisamment » bonnes. Plus précisément, la confiance acquise via les autoérotismes et le processus d'étayage (Kaës, 1993) renvoie d'une part à un appui satisfaisant sur l'objet fondamental au sein de la relation « en double » homosexuel, et d'autre part à une organisation rythmique basale qui autorise l'alternance décrite plus haut à propos de l'identité (voir le chapitre « Pôle d'organisation psychotique du psychisme »). Lorsque la transformation du corps perturbe le rapport de soi à soi et les rythmes fondamentaux du sujet, à travers les modifications biologiques, l'appui de sauvegarde est trouvé à la fois du côté des autoérotismes et de la rythmicité fondamentale. C'est une sorte de filet qui permet au sujet, la plupart du temps, de ne pas se désorganiser.

Dans le cas de la schizophrénie, la désorganisation ouvre sur un risque d'explosion du moi contre lequel le sujet lutte en ayant recours à des formes radicales (clivage, auto-engendrement, hallucination, délire). Dans le cas de l'anorexie, le sujet se retrouve face à un chaos qu'il va organiser en créant des néorythmes appuyés sur un idéal contraignant. Ces deux versants de la solution anorexique renvoient aux premiers liens tissés avec l'objet fondamental.

- Les *néorythmes* se substituent aux rythmes fonctionnels habituels. La maladie anorexique entraîne une modification du rythme veille/sommeil et du rythme des prises de repas. Par ailleurs, l'investissement d'une activité intensive (intellectuelle et/ou sportive) crée un pôle d'excitation constante, dévoreuse de temps. La dynamique de l'emprise sur le corps propre (Ferrant, 2001) occupe le devant de la scène. La prise en charge suppose à la fois un suivi médical et un suivi psychologique. La maladie anorexique a des conséquences non négligeables sur l'organisme à long terme (Combe, 2002, 2004) et doit être considérée comme potentiellement mortelle. Du point de vue psychothérapeutique, il est impératif que les liens avec l'objet favorisent progressivement la reconstitution des rythmes fondamentaux du sujet.
- L'autre forme d'appui concerne l'*idéal*. Les patientes font preuve, le plus souvent, d'une attitude détachée à l'égard des contingences matérielles et sont habituellement peu conflictuelles. Elles sont en réalité prisonnières, à leur insu, d'un idéal contraignant directement hérité des liens précoces avec l'objet fondamental. C'est en ce

point qu'on peut observer que les premiers liens, sans être marqués par la disrythmie, ont le plus souvent été empreints d'une forme de rigidité, comme si l'objet imposait ses rythmes sans tenir suffisamment compte des rythmes propres du sujet. On peut dire que les besoins du moi ont été satisfaits de façon contraignante, sans mise en œuvre d'un plaisir suffisamment partagé. La rythmicité des premiers liens est ainsi une rythmicité contrainte, imposée du dehors. Elle n'est pas trouvée/créée mais « seulement » trouvée. C'est en partie ce qui permet de comprendre qu'au moment de la puberté le sujet s'impose des rythmes qui ne s'appuient pas sur un ressenti profond. En même temps, la rythmicité contrainte primitive est prise dans une forme d'idéal. On s'aperçoit que, dans l'histoire de la mère, le plus souvent, cet idéal fait référence à un parent disparu. Autrement dit, on peut quelquefois repérer une trame transgénérationnelle dans l'anorexie mentale qui implique que, d'une certaine façon, la patiente s'identifie à l'objet mort de l'autre.

3.6. Solution anorexique et solution délirante

On peut se demander pourquoi la solution anorexique prend le pas sur la solution délirante, comme dans la schizophrénie. Il faut d'abord remarquer que l'anorexie n'est pas exempte de délire, mais à la différence du délire tel qu'on le rencontre dans la schizophrénie, c'est un délire à bas bruit. Ensuite, ce délire concerne le corps propre. L'anorexique présente une forme de délire non spectaculaire, un délire « murmuré ». Certains auteurs ont proposé de classer l'anorexie comme « psychose froide » (Kestemberg *et al.*, 1973). Par exemple, une patiente imaginait le trajet des quelques petits pois avalés furtivement au cours du déjeuner. Ils allaient s'agglutiner dans son estomac et constituer une boule qui allait grossir de plus en plus, déformant son ventre. Il fallait impérativement qu'elle vomisse pour échapper à cette transformation.

Le corps n'est donc pas vu tel qu'il est mais déformé, grossi, et surtout haïssable. Devant un miroir, même en état de grande maigreur, la patiente anorexique se voit grosse, presque obèse. Il s'agit d'une distorsion du processus de représentation de la représentation, comme dans les souffrances psychotiques, mais strictement centré sur le rapport de soi à soi. L'organisation primaire de la structure rythmique est tissée par un idéal contraignant, potentiellement mortifère, mais qui bloque la désorganisation psychotique. Cet idéal est susceptible d'être atteint, l'objet pourrait être malléable, plus à l'écoute des besoins du moi. À travers l'ascétisme parfois impressionnant des

patientes anorexiques, une attente peut être décryptée. Quelque chose d'utile pourrait se passer là où seule une préforme rigide a laissé son empreinte.

4. Le cancer

4.1. Effets psychiques de l'annonce d'un cancer

Les campagnes de prévention et d'examen systématique impliquent que l'annonce d'un cancer se fait quelquefois en l'absence de tout signe clinique ressenti préalablement par le patient. Un sujet qui, jusque-là, ne présentait souvent aucun trouble manifeste, aucun signe particulier de fatigue ou de douleur passe brutalement de l'état de personne bien portante à l'état de personne malade. L'annonce de la maladie ne correspond à aucun signal d'alarme préalable. L'état interne est « signifié » par l'extérieur.

Cette situation conjoint deux éléments typiques d'un événement traumatique : impréparation psychique et irruption brutale d'un afflux externe. Le patient est alors contraint à un travail psychique en urgence pour s'approprier ce qui se passe.

Dans un premier cas de figure, la psyché peut se couper de l'expérience traversée : « Je ne me sens pas malade, cette part malade n'est pas moi. » Cette coupure se combine fréquemment avec un processus opératoire étayé par une identification au discours médical. On voit alors émerger la figure du « bon petit soldat ». Le patient « fait corps » avec l'équipe soignante. Il se bat contre une partie de lui-même qu'il ne reconnaît pas comme sienne. D'une certaine façon, il « n'habite » pas sa maladie. Il est extérieur à ce qui se passe et s'efforce de ne pas ressentir d'affect.

Dans un second cas de figure, le traumatisme ouvre sur la dépression, c'est-à-dire l'effet de la blessure narcissique et la perspective, plus ou moins proche, de la mort. L'expérience du cancer, même victorieusement traversée, oblige le sujet à envisager sa propre finitude. Le patient peut quelquefois réagir par un recours massif à la pensée magique en se précipitant sur toutes sortes de pratiques dont certaines relèvent de « l'efficacité symbolique » analysée par C. Lévi-Strauss. Le facteur socioculturel est ici fondamental, et il est nécessaire d'examiner dans chaque cas le retentissement éventuellement positif d'un tel recours.

Le patient peut également adopter une attitude de déni en refusant globalement le statut de malade. Il peut enfin s'enfoncer dans un syndrome dépressif qui a au moins le mérite de placer la blessure

narcissique au premier plan. Y. Pélicier *et al.* (1995) soulignent que le cancer est « la collision d'un sujet avec un destin sur lequel il n'a pas prise ». Le terme de collision renvoie à l'idée de choc et, plus généralement, à la notion de traumatisme.

4.2. Enjeux de la causalité

Quelle que soit l'attitude adoptée, le patient a besoin d'un temps plus ou moins long pour s'approprier l'état de maladie, et apprivoiser un nouveau destin. C'est dans le décours de ce processus d'appropriation qu'apparaît souvent l'hypothèse d'une causalité psychique. Le patient s'efforce de comprendre l'origine de son état. Il recense les deuils et les problèmes rencontrés, et leur confère une place causale. Il arrive parfois que les soignants eux-mêmes engagent le patient sur cette voie en demandant si, dans les années ou mois qui viennent de s'écouler, il n'a pas rencontré de difficultés particulières. Si on impose l'hypothèse d'une causalité affective ou psychique du dehors, en formulant des questions sur les deuils traversés préalablement, on fabrique de toutes pièces une nouvelle situation traumatique. On réalise un véritable empiétement psychique par forçage représentatif. En revanche, si le patient lui-même, dans le processus d'appropriation de l'état de maladie, formule une telle hypothèse, le clinicien ne peut ni la réfuter ni l'entendre comme ayant une quelconque valeur explicative. Il s'agit d'abord d'un processus de réactualisation d'éléments subjectifs qui appartiennent au travail psychique impliqué par l'état de maladie et le dépassement du traumatisme. En d'autres termes, le patient passe nécessairement par une théorie causale qui est un moment de son élaboration.

Comment comprendre ce passage par une théorie sur les causes de la maladie ?

La psyché ne peut pas se résoudre au hasard. Elle a besoin d'un enchaînement causal pour subjectiver, donc s'approprier, ce qui lui arrive. Le sujet passe par une théorie causale de la maladie – et du traumatisme en général – afin d'accéder à une véritable position d'innocence, faisant la part de ce qui lui revient et de ce qui ne lui revient pas. Inversement, toute théorie causale suggérée du dehors enferme le sujet dans une responsabilité ou une innocence défensives. On risque de placer le patient devant deux choix également impossibles à élaborer :

- l'innocence imposée : « Vous n'y êtes pour rien, les statistiques le prouvent » ;
- la culpabilité imposée : « Vous y êtes pour quelque chose, l'expérience le montre ».

Il est donc nécessaire, dans tous les cas, d'accompagner le patient dans le lent travail d'élaboration auquel il est astreint, sans précipiter le mouvement. Le patient passe par toute une série de positions, de la proclamation de l'innocence à la haine des bien-portants, et de l'accablement au procès contre son environnement.

Ces mouvements psychiques comportent une double vectorisation. Représentatifs du travail psychique d'appropriation de l'état de maladie, ils signent également l'émergence de conflits anciens non résolus, de fragments de l'histoire du sujet jusque là non élaborés parce que non réellement vécus (Sami-Ali, 2000). Ce processus doit être accompagné à partir d'une position authentiquement clinique, c'est-à-dire une position qui n'impose, *a priori*, ni une logique statistique pseudoscientifique, ni une causalité psychique forcenée.

4.3. La honte

4.3.1. Sources de la honte

Dans ce type de conjoncture, la honte est quelquefois en position centrale. Elle accompagne ce qui surgit de façon inopportune, qui aurait pu rester enfoui si la maladie ne s'était pas déclarée (Ferrant, 2003 ; Ferrant et Ciccone, 2004). Le patient peut exprimer au clinicien ce qu'il ressent sans risquer de se heurter à la position médicale classique, parfaitement logique dans son propre champ : « Tout ceci est nécessaire pour votre bien ». Le patient a besoin d'être entendu à partir de sa plainte, de sa révolte, de sa dépression et de ses espoirs. Il a besoin de la fonction « miroir » du clinicien. Au cours de son hospitalisation, le patient est contraint d'abandonner son corps aux regards et aux mains d'autrui. Mais le corps n'est pas une machine dont on peut s'extraire simplement. Le corps est constamment à l'arrière-plan de la vie mentale, inextricablement mêlé à ses processus. Les zones corporelles intimes possèdent un statut spécifique et leur dévoilement implique un état de malaise plus ou moins consciemment ressenti. Le patient non seulement dévoile son intimité, mais l'intérieur de son corps, le domaine du caché par excellence, passe aussi au-devant de la scène. Il n'a aucune maîtrise sur ce qui se développe en lui. L'exposition obligée et la perte de la maîtrise sont naturellement sources de honte.

Chaque patient y fait face de façon spécifique en fonction de son histoire. Certains peuvent se couper de l'expérience au point de s'absenter plus ou moins durablement de leur corps. Ils adoptent un discours rationnel et parlent de leur corps comme s'il s'agissait du corps d'un autre. Leur discours se « médicalise » de façon caricatu-

rale. Ils apparaissent parfois comme de « bons » patients qui collaborent activement et peuvent se montrer particulièrement dociles. Mais inévitablement, dans le décours de l'hospitalisation, lors du retour au domicile, ou à l'occasion d'un menu incident de soin (retard ou déplacement d'un rendez-vous), certains vont « craquer ». Ils se sont clivés d'une partie de ce qu'ils vivaient et cette part d'eux-mêmes, liée à la blessure narcissique engendrée par la maladie, fait retour. D'autres, à l'inverse, multiplient les signes de malaise qui sont autant de quêtes relationnelles. À travers de multiples demandes et exigences, ils cherchent à construire un climat relationnel spécifique qui efface la blessure ressentie. Ils s'efforcent de personnaliser le lien avec les soignants sur un mode fondamentalement parental et précisément maternel.

4.3.2. Les soignants face au patient atteint d'un cancer

Modèle de la « décision partagée »

Cet aspect complique la tâche des soignants dans le modèle dit de la « décision partagée » pour le choix d'un protocole de soin (Charavel, 2002). Les deux anciens modèles antagonistes – le « paternaliste », qui laissait le choix au seul médecin, et l'« informatif », qui basculait la décision du côté du patient – ont été supplantés par le processus de décision partagée qui semble à la fois le plus équilibré et qui met au jour ce que les précédents masquaient.

Les paradoxes rencontrés dans la mise en œuvre de ce modèle relèvent tous de la problématique du transfert. Un patient n'est pas « seulement » en relation avec un médecin. Il est aussi en relation avec ce qu'il projette sur la personne du médecin au-delà de ses caractéristiques spécifiques. Les traces de la première soignante de tout être humain, la mère, imprègnent peu ou prou la nature des échanges. De ce point de vue, le modèle paternaliste est sans doute le plus conforme aux attentes inconscientes du patient parce qu'il délègue le pouvoir et le savoir à un personnage parental. Le modèle informatif, à l'opposé, contient implicitement une potentialité traumatique par abandon. Le modèle de la décision partagée, parce qu'il s'appuie sur la relation de confiance, fait inévitablement surgir un processus de transfert en direction du médecin en même temps qu'il le déconstruit partiellement. Il freine le recours à la pensée magique et à la toute-puissance, et engage un processus de coconstruction. Sous cet angle, il est sans doute comme la démocratie désignée par Churchill comme le plus mauvais modèle, à l'exception de tous les autres.

Trouver la bonne distance

La place du clinicien en psycho-oncologie n'est pas seulement d'entendre le patient, sa détresse et d'être à l'écoute de la famille. Il est également présent au sein d'une équipe confrontée quotidiennement à la souffrance et à la mort. Les soignants, en général, doivent être suffisamment distants de leurs affects pour être efficaces. Cette distance implique que des choix puissent être effectués sur un plan strictement médical. Un soignant trop envahi par ses affects est rapidement incapable de travailler correctement. À l'inverse, un soignant trop distant de ses affects fonctionne comme une machine. Il n'éprouve aucune empathie avec les patients ou avec l'équipe. Il peut parfois s'engager dans une forme de harcèlement narcissique (Hirigoyen, 1999) dans lequel il fait éprouver à l'autre (secrétaire, collègue, etc.) ce qu'il ne peut éprouver lui-même. Il y a donc toujours un équilibre précaire entre le savoir, les connaissances techniques et les affects. Cet équilibre casse de temps en temps. Comme tout être humain, le soignant évolue, symbolise et subjective tout ce qui lui arrive. Il est nécessaire de mettre en œuvre des traitements contraignants, de nature parfois agressive, pour soigner le patient atteint d'un cancer. Même si cela se fait au nom d'une bonne efficacité thérapeutique, il ne peut pas ne pas y avoir au mieux, conflit, ou au pire, déni.

Honte des soignants

La honte qui circule silencieusement au sein des équipes soignantes est générée par cet écart entre l'idéal médical et la mise en œuvre du soin. Une difficulté complémentaire tient à une sorte de règle de silence, conséquence d'un mécanisme d'évitement, telle que toute discussion collective sur le sujet est souvent impossible. La honte du soignant est dite fréquemment dans l'intimité, voire au détour d'un travail personnel. Elle est rarement abordée collectivement au sein d'une équipe. Les équipes spécialisées en cancérologie sont confrontées à ce qu'on appelle des « cliniques de l'extrême » (R. Roussillon). Cette expression désigne un ensemble de situations dans lesquelles des liens se tissent avec des individus en danger de mort ou qui développent des conduites particulièrement violentes. Dans ce type de situation, le soignant est touché, parfois révolté par les gestes qu'il doit accomplir et le silence qu'il doit imposer à sa sensibilité. Il développe alors toute une série de stratégies qui permettent de supporter ce à quoi il est confronté.

Quels sont les destins de ces processus ? Nous pouvons en distinguer globalement trois.

- Le premier consiste dans le retournement projectif de l'affect de honte sur autrui, malade ou collègue. Un malade est désigné comme « mauvais patient », on le juge pénible. Un collègue peut être la cible et faire l'objet de toute une série de critiques, de moqueries ou de disqualifications.
- Le deuxième destin, parfois combiné avec le premier, consiste dans l'accumulation progressive et finalement traumatique de situations non discutées et non partagées. Cela aboutit le plus souvent soit à un changement de service, soit à la multiplication des arrêts maladie parmi le personnel soignant.
- La troisième possibilité croise le travail du clinicien. Son travail quotidien dans l'urgence, centré sur le partage des affects, ne nécessite pas de dispositif institutionnel trop lourd. Il s'agit seulement de parler, le plus souvent possible, de ce qui se passe, afin de favoriser l'échange et les identifications croisées entre les soignants.

4.4. Dimension du temps

Le travail du clinicien consiste aussi à suivre les patients au sein de l'hôpital ou dans le cadre d'une activité hors service hospitalier. Ces suivis engagent peu ou prou des modifications du dispositif clinique habituel.

4.4.1. Temporalité du travail et temporalité de la maladie

Un temps discontinu

Lorsque le clinicien rencontre un patient atteint de cancer, le temps dont il dispose n'est pas potentiellement infini. Le rythme du travail est scandé par les soins somatiques, hospitalisations répétitives pour chimiothérapie, radiothérapie, bilans voire chirurgie. Le rythme de croisière du travail clinique est émaillé d'absences qui, chaque fois, imposent une sorte de reprise, de travail à chaud sur ce qui vient de se passer. Il n'est pas possible d'interpréter ces absences, comme on le fait classiquement, au sein d'une dynamique du désir et de proposer au patient de réfléchir à son absence en termes de réalisation d'un fantasme et/ou d'un passage par l'acte. De plus, le patient subit des investigations ou des traitements douloureux qui blessent le narcissisme. Il peut éprouver une certaine honte dans la mesure où il a dû offrir à l'investigation ou au soin les parties habituellement intimes de son corps (Ferrant, 2004). Dans ces conditions, le travail est spécifié par sa discontinuité. On ne peut pas s'installer confortablement dans une temporalité du désir qui se manifesterait par des absences ou des actes manqués affectant la continuité du travail commun. On

ne peut pas interpréter ces « actes manqués » comme des formes de retour du refoulé.

Mise en échec du processus psychothérapeutique

À travers cette discontinuité imposée, c'est toute l'organisation des différentes temporalités nécessaires au processus psychothérapeutique qui est mise en échec. Cette perturbation affecte le travail du rêve, souvent convoqué pour « traiter » l'angoisse. Plus profondément, le patient ne dispose pas de tout le temps nécessaire. La perspective n'est pas simplement l'amélioration générale de son fonctionnement psychique lui offrant, à terme, la possibilité de changements concrets dans sa vie quotidienne. Le temps est compté. Ses espoirs de vie sont, qu'il le veuille ou non, suspendus à l'évolution, rémission ou rechute, de la maladie. On ne peut plus, dès lors, partager la même illusion d'un temps où le retour dans la vie quotidienne, après le travail commun, serait comme une sorte de représentation but. Du coup, le clinicien ne peut pas se permettre d'attendre. Cette perspective plonge de nombreux praticiens dans une sorte de malaise qui les empêche de recevoir des patients atteints d'un cancer ou d'une maladie lestée d'un pronostic sombre. Il est difficile de travailler tranquillement avec une temporalité à la fois coupée et comptée. D'un temps ouvert, potentiellement infini, on passe à une temporalité marquée par l'urgence et bornée par le risque vital.

4.4.2. Du principe de plaisir/déplaisir au principe de souffrance

La modification du paradigme temporel du travail commun ouvre une autre perspective. L'émergence de la maladie vient bouleverser les enjeux habituels du principe de plaisir/déplaisir. Le patient bascule globalement, au moins momentanément, des logiques de vie dans les logiques de survie. Ce basculement coïncide souvent avec l'annonce de la maladie, que celle-ci ait lieu dans le cadre d'une demande de consultation étayée sur une souffrance préalable ou soit énoncée au cours d'un examen de routine. Dès ce moment, tous les patients disent à peu près la même chose : la vie bascule. Ce qui pouvait leur apparaître jusque-là fondamental devient accessoire. Ils se replient sur l'essentiel, sur leur essentiel. C'est tout leur système de valeurs qui se trouve bouleversé, quel que soit le pronostic réel. Il arrive que la seule suspicion, non confirmée à l'examen, suffise à modifier profondément le cours d'une existence.

Jusque-là, en effet, leur vie psychique était globalement régie par le principe de plaisir/déplaisir qui pousse l'être humain à rechercher plutôt la satisfaction en évitant le déplaisir. Ce système connaît des

modes de régulations complexes : une perspective de plaisir excessif ou transgressif entraîne le refoulement. Le principe de réalité, par ailleurs, impose des délais, des détours et des transformations dans la réalisation des désirs. L'annonce de la maladie enraye le fonctionnement de ce dispositif vital en imposant la perspective de la mort. Dès lors, et pour autant que le patient s'engage dans une série de soins, c'est le principe de souffrance qui prend la place. Ce principe fonctionne de façon binaire : « souffrir » ou « ne pas souffrir ».

La souffrance est plus ou moins implicitement déclarée nécessaire par le monde médical. Il s'agit de supporter la douleur dans une perspective d'amélioration de la santé ou du confort. C'est une souffrance non seulement inévitable, mais elle est de plus désignée comme « bonne » à traverser pour les bénéfices ultérieurs qu'on peut en retirer. Quelle que soit la perspective plus ou moins lointaine d'amélioration, le patient ne peut pas se déclarer sujet désirant cette souffrance. Elle ne lui procure aucun gain de plaisir. Il ne peut pas s'en déclarer l'auteur. Seul le masochisme moral peut trouver à s'alimenter à la source d'une culpabilité fondée sur une théorie de la cause. Le masochisme érogène, qui permet de supporter pour un temps l'expérience du déplaisir, est balayé car la souffrance imposée du dehors concerne tous les secteurs de la vie psychique et du corps. Ce n'est pas seulement la survie psychique qui est convoquée mais la survie tout court. Ce n'est pas seulement l'image de soi qui est affectée mais la préservation vitale des zones d'intimité. Bref, la souffrance imposée est effractive, elle ne cesse de faire traumatisme et de convoquer des contre-charges considérables qui viennent sidérer les processus de régulation psychique habituels.

Le basculement du patient dans le principe de souffrance recouvre ce qu'on pourrait désigner sous le terme d'économie traumatique. L'économie psychique tout entière est affectée et désormais tournée vers la nécessité de supporter l'insupportable. À cette fin, la psyché dispose d'un certain nombre de mécanismes parmi lesquels un recours qui évoque l'identification à l'agresseur mais, plus profondément, implique une bascule narcissique. Le patient se comporte en « bon petit soldat » (Ferrant et Bonnet, 2003). Il peut également se cliver en tout ou partie de ce qui lui arrive et adopter un fonctionnement opératoire. Qu'ils soient provisoires ou durables, ces changements signent une transformation du fonctionnement de la psyché qui passe d'un régime marqué par le couple plaisir/déplaisir à un autre marqué par la souffrance. On pourrait dire, en simplifiant, que la psyché bascule d'une économie du désir dans une économie du besoin.

4.4.3. Suspendre les enjeux de causalité

Une des difficultés de l'approche clinique des patients atteints d'un cancer consiste, nous l'avons vu, à ne pas réduire la multifactorialité causale en jeu dans l'origine de la maladie à une seule dimension. Une telle option enferme le clinicien et le patient au sein d'une conviction commune et, en dernière instance, d'un déni à deux. Car si on « trouve » la source, alors toute la psyché est prise dans une logique implacable qui ferme toute possibilité à la surprise. Il semble beaucoup plus heuristique de laisser la théorie des causes en suspens, d'en considérer la pertinence comme non interprétable. Cette mise en suspens de la cause, du côté du thérapeute, autorise le patient à chercher, lui, des enchaînements. Du coup, ces enchaînements associatifs apparaissent pour ce qu'ils sont : des modalités de pensée, des tentatives d'appropriation subjective de l'état de maladie.

L'état de maladie est, fondamentalement, un attracteur. La situation d'impuissance, le risque vital (réel ou non) qui lui est affecté réactivent nombre de situations infantiles marquées par l'état de détresse. Ce que la psyché n'a pas pu symboliser jusque-là, qui est resté en marge du fonctionnement représentatif, est convoqué par l'état de maladie. Ces situations sont réveillées par la situation traumatique actuelle et « traitées » par la mise en œuvre du principe de souffrance. Elles sont autant de tentatives pour se représenter et s'approprier ce qui se passe. Les interpréter comme causales, c'est donc commettre une erreur de perspective. Elles sont directement impliquées par la tentative de la psyché de se signifier à elle-même ce qui se passe, d'en construire l'histoire et la trame.

Dès lors, l'état de maladie peut être l'occasion d'une profonde réorganisation psychique et partant, de la vie du sujet. La clinique montre fréquemment combien les patients, à la suite d'un cancer, changent de nombreux paramètres de leur existence. À condition de suspendre la théorie des causes, on peut ouvrir un suffisant espace de jeu créatif au sein duquel une profonde transformation psychique est amorcée (Bataille, 2003).

SECTION 4

Psychopathologie et neurosciences

N. Georgieff

Introduction

Quelles relations entretiennent aujourd'hui la psychopathologie et les neurosciences ? Poser le problème en ces termes, en les distinguant d'emblée, suppose que ces relations seraient de nature interdisciplinaire. C'est vrai si on ne retient que la psychopathologie clinique, mais celle-ci résume-t-elle la psychopathologie ?

Par « psychopathologie », nous entendons la « psychologie pathologique » fondée sur la méthode comparative (l'observation des différences spontanées dans l'expression d'une fonction) et sur la « méthode pathologique » (Claude Bernard), qui s'attache à l'étude des phénomènes pathologiques en tant que ceux-ci constituent des anomalies ou expériences de la nature (exagérations ou tendances marquées). Ces anomalies des conduites sont capables d'éclairer la nature et les mécanismes de la fonction qu'elles touchent, compte tenu du principe de continuité entre normal et pathologique qui fonde la méthode pathologique (voir Widlöcher, 1994). Quant à la définition du pathologique, on sait depuis Canguilhem qu'elle ne saurait prendre pour critère la notion de

norme ni de moyenne, mais plutôt celle de « valeur », en l'occurrence pour les conduites une valeur adaptative ele-même dépendante du contexte social.

Précisons également ce que nous désignons ici par « neurosciences ». Celles-ci se décomposent en différentes approches du cerveau et de son activité : neuropsychologique, neurophysiologique, neurobiologique, etc. Leur définition est conpliquée par le statut des sciences cognitives, qui constituent elles-mênes un champ pluridisciplinaire aux frontières mouvantes, incluant la psychologie expérimentale devenue cognitive, la neuropsychologie et la neurophysiologie également, mais aussi une part de la linguistique et des sciences du langage, de la psychologie sociale, de la psyclologie évolutionniste, la philosophie de l'esprit, enfin les sciences de l'ingénieur (la modélisation ou étude des cognitions « artificielles ». Les sciences cognitives regroupent ainsi sciences expérimentales (surtout) et « sciences humaines » selon les principes d'une démarche naturaliste, objective et moniste appliquée au fonctionnement mental, ayant pour objectif de définir les mécanismes causaux, et la nature biologique et psychologique des états mentaux et comportements Du fait de leur caractère composite (à la fois psychologique et neurobiologique), elles constituent cependant une discipline émergente fondée sur des convergences d'intérêts scientifiques plutôt qu'une discipline autonome et unifiée. L'on désigne par le terme de « neurosciences cognitives » le versant des sciences cognitives orienté vers l'étude du cerveau et s'attachant aux relations entre processus mentaux et fonctionnement cérébral. Les neurosciences cognitives sont elles-mêmes récemment issues des neurosciences intégrées qui s'attachent à décrire les mécanismes des fonctions comportementales les plus complexes. Rappelons enfin que les neurosciences sont elles-mêmes multiples, car elles incluent également les neurosciences cellulaires et moléculaires, les neurosciences computationnelles, et d'autres sciences biologiques comme la génétique et la psychopharmacologie qui contribuent à la connaissance du fonctionnement et du dysfonctionnement du système nerveux central ainsi que du comportenent.

On voit que différentes lignes de partage traversent le champ complexe des « neurosciences cognitives » qui nous concernent ici plus directement : entre sciences dites « dures » (biologie et sciences du cerveau) et sciences dites « humaines », entre sciences du cerveau (neurosciences à proprement parler) et sciences de l'esprit : psychologie scientifique ou « physiologie mentale » [Jeannerod, 2002]), entre approches théoriques et approches expérimentales, entre étude des cognitions naturelles et artificielles, etc. Leur caractéristique

commune est cependant de s'appuyer sur une méthode expérimentale le plus souvent, ou sur une méthode d'observation délibérément réductrice du fonctionnement mental et du comportement (par exemple du langage) qui diffère de l'observation propre à la méthode clinique.

CHAPITRE 23
Neurosciences en psychopathologie : une psychopathologie plurielle

1. Une définition problématique

Les neurosciences sont-elles extérieures à la psychopathologie ? La référence aux bases cérébrales des faits psychopathologiques et à une altération lésionnelle ou fonctionnelle du cerveau est présente à l'origine de la psychopathologie, chez Janet, Ribot ou Charcot, comme chez Freud et Breuer. Cependant, malgré cette référence initiale, la psychopathologie a progressivement adopté un point de vue strictement psychologique et psychogénétique. L'étude des anomalies des conduites liées à des altérations cérébrales s'est transformée en une discipline indépendante, la neuropsychologie, alors que la psychopathologie prenait pour objet les anomalies pour lesquelles aucune lésion n'était mise en évidence. Comme le rappelle D. Widlöcher (1993), cette disjonction des champs du cerveau (donc des neurosciences) et de la psychopathologie a été favorisée par une forme de confusion entre l'absence de « causes » cérébrales observables pour les faits psychopathologiques (distinguant effectivement cette clinique de celle de la neuropsychologie), et l'absence de *mécanismes* cérébraux sous-jacents aux faits cliniques (et donc de possibles dysfonctionnements cérébraux).

La psychopathologie s'est ainsi organisée en miroir par rapport à la neuropsychologie : comme pour celle-ci les lésions cérébrales constituaient les causes de la clinique, l'absence de lésion pour les faits psychopathologiques a conduit à écarter le principe même d'une cause ou d'un déterminisme matériel cérébral, et à considérer comme causes exclusives les déterminants psychologiques et environnementaux, sous l'influence des deux principaux courants théoriques, le béhaviorisme et la psychanalyse, qui, malgré leurs divergences et pour des

raisons différentes, ont privilégié ce même type d'explication. La prise en compte de l'intentionnalité des conduites notamment a pris une valeur d'explication causale, la causalité psychique tendant à exclure d'autres types de causalité comme la causalité cérébrale. Il en est résulté un renforcement du classique dualisme entre le psychologique et le cérébral, fondé ici sur une mise en opposition artificielle des causes intentionnelles décrites par la méthode clinique et des causes cérébrales avancées par les neurosciences. L'existence d'un constant double déterminisme de l'action ou des états mentaux, matériel biologique et psychique, logique ou intentionnel, est méconnue ou refusée. Réductionnisme aux faits neurobiologiques et réductionnisme à un psychologique abstrait et désincarné (qui tend paradoxalement à réifier, d'autant qu'il récuse ou ignore le réel biologique, les propriétés du psychique en objets, forces ou tendances de nature obscure) se répondent ainsi dans l'histoire de la psychopathologie.

Nous sommes donc confrontés à un problème de définition de la psychopathologie. La première définition tend à la considérer comme une psychologie et donc à maintenir les neurosciences au-dehors de son champ propre. Cette perspective n'interdit pas les échanges et les regards croisés, mais repose sur une identification du champ clinique (les faits psychopathologiques) et de la méthode psychologique qui s'est imposée pour les décrire (et réciproquement sur une assimilation de la méthode neuropsychologique au champ clinique homonyme).

La seconde définition prend acte de l'existence d'un courant théorique clinique dominant en raison de sa richesse et de sa valeur explicative (de fait, la psychanalyse a su constituer à elle seule au cours du XX[e] siècle une psychopathologie), et reconnaît la pertinence de la distinction entre neuropsychologie et psychopathologie. Mais elle définit la psychopathologie par son objet : les faits cliniques, susceptibles d'être étudiés de différents points de vue dont celui des neurosciences ou des sciences cognitives, ou d'autres encore. La psychopathologie est donc l'étude des faits psychopathologiques, quelle qu'en soit la méthode. Elle est ainsi par nature pluraliste, s'appuie sur différentes modèles et méthodes (cliniques, neuroscientifiques, cognitifs, génétiques, sociaux, etc.), et ne peut être identifiée à l'un d'entre eux exclusivement. L'apport des neurosciences et sciences cognitives appartient alors de fait à la psychopathologie lorsque leurs méthodes s'appliquent aux faits psychopathologiques.

Au sein d'une psychopathologie pluraliste ainsi définie par ses objets et non par ses méthodes, il est particulièrement nécessaire de comprendre l'articulation entre d'une part les approches cliniques

(reposant sur l'observation du comportement dans un cadre intersubjectif), et d'autre part les approches non cliniques, expérimentales surtout (biologiques et cognitives), du fonctionnement mental et de ses bases cérébrales, qui pourraient constituer, avec la psychanalyse mais différemment d'elle, des « sciences fondamentales » de la psychopathologie. Le problème crucial du rapport qui peut s'établir entre les approches cliniques (dont la psychanalyse) et les approches expérimentales, sur lequel nous reviendrons, est donc interne à la psychopathologie.

Le projet est alors celui évoqué par P. Fedida d'une « psychopathologie fondamentale » (1992) de nature interscientifique, « où l'épistémologie comparative des modèles et de leur fonctionnement théorique critique jouerait le rôle déterminant d'une conscience de leur limite d'opérativité et de leur aptitude à se transformer les uns par les autres ». (p. 295)

2. Position actuelle du problème

Ce manuel n'est pas un traité de psychiatrie, et nous ne développerons pas les modèles neurobiologiques et cognitifs des pathologies mentales présentés dans d'autres ouvrages. Parmi les modèles qui relient de différentes manières les dimensions clinique, cognitive et neurobiologique, citons le modèle neurodéveloppemental, surtout appliqué à la schizophrénie mais de manière non exclusive, qui suggère une vulnérabilité cognitive due elle-même à des déterminants génétiques et environnementaux, et liée à des anomalies cérébrales structurelles et fonctionnelles. L'action de facteurs environnementaux sur cette vulnérabilité peut produire les dysfonctionnements caractéristiques de l'état pathologique. Le modèle de la personnalité de Cloninger, les modèles du tempérament, les théories du stress et la psycho-immunologie, les modèles neuropsychologiques de la schizophrénie proposés par Gray ou Frith, certains travaux sur le développement (Shore, Siegel) inscrivent également de différentes manières la clinique psychopathologique dans le cadre des neurosciences. Nous avons choisi de traiter cette question d'une manière plus large qui détermine les différents modèles théoriques possibles, en analysant d'abord les conditions de compatibilité entre psychopathologie clinique et neurosciences, puis en s'attachant à la question de l'intersubjectivité qui traverse cet ouvrage.

Il existe deux manières de rapprocher la clinique psychopathologique de l'intentionnalité et des conduites, et le fonctionnement cérébral décrit au plan neurophysiologique : l'une est directe et peut

avoir les faveurs de certains cliniciens comme de neurobiologistes, car elle est souvent sous-tendue par un dualisme implicite qui a l'avantage de respecter le partage des territoires. L'autre, en faveur de laquelle plaident de nombreux arguments, intercale des niveaux intermédiaires de description du fait clinique (Jeannerod, 2002 ; Widlöcher, 1993, 1996), et brouille les frontières préétablies. C'est le cas de la démarche des sciences cognitives, fondée sur l'introduction d'un autre niveau d'analyse du psychique que celui de la description clinique des actes ou états mentaux (conscients ou inconscients) et des émotions. Il apparaît en effet peu fondé de chercher une corrélation directe entre le fonctionnement cérébral et des états psychiques et comportementaux aussi complexes que les faits cliniques. Le projet de la psychologie scientifique qui est de relier étude du fonctionnement mental et neurobiologie justifie une décomposition des fonctions psychiques en opérations élémentaires, au plan de l'étude cognitive[1], afin de la rendre compatible avec l'organisation neurobiologique et d'éviter un réductionnisme biologique. L'articulation de la psychopathologie avec la biologie constitue de ce point de vue seulement un cas particulier et complexe de ce problème général. Il est difficile, pour concevoir cette articulation, d'emprunter une autre voie que celle d'une recherche de compatibilité entre les faits psychologiques et le plan des fonctions générales de régulation de l'action, du langage et de la pensée, qui apparaissent, dans l'état actuel des connaissances, les mieux susceptibles d'être corrélées au fonctionnement neurobiologique.

Au sein même d'une psychopathologie pluraliste, la frontière qui peut nous servir de repère est finalement celle qui sépare les approches cliniques (propres à la psychopathologie clinique, dont la psychanalyse qui en est fondatrice) et les approches non cliniques, surtout expérimentales (mais parfois seulement d'observation ou théoriques) qui relèvent du champ des sciences et neurosciences cognitives et s'inscrivent elles aussi de plein droit dans la démarche psychopathologique si elles contribuent à la connaissance des mêmes objets : la psychose, l'angoisse, etc. Il s'agit alors de comprendre l'articulation entre l'approche clinique de la psychopathologie, et l'approche expérimentale et objective du comportement, du cerveau,

1. Rappelons pour éviter un malentendu qu'il s'agit de définir ainsi (au sens des sciences cognitives) non pas l'étude de la « cognition » comme domaine particulier de l'activité mentale (opposée à l'affectif ou au non conscient), mais celle des opérations mises en jeu par l'ensemble de l'activité psychique, conscientes comme non conscientes, incluant la vie émotionnelle comme la vie relationnelle, définies du point de vue d'une approche objective expérimentale et non clinique.

du psychique ou du mental, qui peut s'appliquer également aux faits psychopathologiques. Cette articulation implique la contribution de l'approche clinique à la connaissance des mécanismes fondamentaux de la vie mentale et du cerveau : on retrouve l'ambition de Freud de construire à partir des données de l'exploration psychanalytique une « psychologie scientifique » ou physiologie mentale « objective » indépendante des conditions de l'observation clinique, ou en tout cas ayant la même valeur de vérité qu'une autre science naturelle.

Nous rappellerons seulement qu'il est utile ici de distinguer différents types de causalité et donc d'explication selon le niveau d'organisation du psychique éclairé par la méthode choisie. La causalité qui rend compte de l'enchaînement des actes mentaux ou de la logique intentionnelle des actions est irréductible à celle qui s'applique à la succession d'événements neurobiologiques. Nous sommes en présence de deux chaînes de causalité distinctes : celle qui relie deux événements physiologiques et celle qui associe deux événements psychiques. Causalité intentionnelle, cognitive, neurophysiologique correspondent à autant de méthodes et de langages, de lectures de l'esprit et de niveaux d'organisation de l'objet étudié. Cette pluralité des explications peut être définie comme distinction du signifié et du signifiant, ou du niveau sémantique et du niveau syntaxique, ou encore du personnel et du subpersonnel. D. Widlöcher (1993) propose de distinguer le niveau de causalité intentionnelle, dégageant le sens ou l'intention de la conduite ou de l'acte de pensée et correspondant à la logique causale de leur enchaînement (le pourquoi ou la compréhension), et les niveaux de causalité cognitif et biologique « infra-intentionnels » qui éclairent les opérations assurant la réalisation de l'acte ou de l'état mental, c'est-à-dire leur causalité de production (le comment ou l'explication). Quels que soient les termes choisis, il semble que l'explication clinique qui isole des événements au plan de la conduite et porte sur la succession et les motifs de l'acte, et l'explication neurobiologique et cognitive des mécanismes de production des événements biologiques et cognitifs sous-jacents soient irréductibles l'une à l'autre en même temps que liées car décrivant un même objet.

Très schématiquement, différentes conditions sont réunies aujourd'hui qui invitent à une relecture de la psychopathologie au regard des neurosciences cognitives.

D'abord, l'évolution de la neuropsychologie vers une compréhension fonctionnelle des relations entre les processus cognitifs ou mentaux et le cerveau, grâce aux méthodes de neuro-imagerie fonctionnelles a permis de dépasser les limites de la démarche neuropsychologique

historiquement fondée sur l'étude des lésions. En montrant des corrélations entre des processus psychologiques, ou des états mentaux, des plus simples aux plus complexes, et l'activité cérébrale au sein de réseaux qui redéfinissent la notion de localisation, ces méthodes permettent de penser les rapports de l'esprit et du cerveau, et d'explorer les relations entre le fonctionnement cérébral et les anomalies psychopathologiques de la pensée, de la vie émotionnelle, de la conscience ou de l'action. Si les apports actuels à la compréhension de la psychopathologie restent relativement modestes, le cadre conceptuel ouvert par l'étude des corrélations entre l'activité cérébrale et les processus mentaux (représentation mentale, processus sociaux, réactions émotionnelles, états de conscience) permet d'articuler la complexité des faits cliniques psychopathologiques et les neurosciences, et ouvre des perspectives nouvelles. Les progrès de ces méthodes d'exploration du cerveau ont aussi contribué à l'émergence des neurosciences cognitives, évoquées plus haut, qui renouvellent le langage de la psychologie objective.

Ensuite, les sciences cognitives permettent la reviviscence d'une psychologie scientifique d'inspiration positiviste (Comte, Taine) dont le projet a toujours été au cœur de la psychopathologie, de Ribot à Janet et Freud. On sait que ce dernier, fidèle à une démarche positiviste au-delà de « l'esquisse d'une psychologie scientifique », emploie, pour décrire les faits psychiques dans sa métapsychologie, le langage de la physique, comme Charcot employait celui de la physiologie, faute de trouver dans le contexte scientifique de son époque les termes d'une psychologie objective et réaliste. L'objectif était de décrire le psychologique sans utiliser les termes de la neurologie et le langage des « actions nerveuses ». La psychopathologie clinique a ainsi longtemps emprunté de manière métaphorique à différents langages – linguistique, sociologique, biologique, physiologique – les termes introuvables d'une psychologie des mécanismes répondant au projet d'une « physiologie de l'esprit » originale. Or, c'est précisément le langage que proposent aujourd'hui les sciences et neurosciences cognitives, langage psychologique (décrivant les opérations mentales) et non neurobiologique, bien qu'également positiviste. Rappelons pour éviter tout malentendu que les sciences cognitives ne se définissent pas comme l'étude d'une cognition en tant que processus de connaissance ou phénomènes conscients, ni en tant qu'elle serait distinguée de l'affectif, mais comme l'étude naturaliste et expérimentale des mécanismes mentaux dans leur ensemble, c'est-à-dire comme une physiologie de l'esprit ou de la « vie mentale » (Wallon, 1938).

Enfin, une troisième condition est réalisée par l'intégration progressive de différents champs de recherche des neurosciences cognitives (motricité perception, attention, représentation) dans le cadre des sciences cognitives de l'action, ce qui clarifie l'objet des sciences cognitives. Le terme d'action s'inscrit en effet dans le droit-fil de celui de conduite, objet de la psychopathologie depuis Ribot et Janet, et dont on peut montrer la présence dans la théorie freudienne, notamment sous la forme de l'acte mental ou psychique. Mais, ici encore, il est utile de relever d'éventuelles ambiguïtés. L'action n'est pas le comportement au sens du béhaviorisme, qui en a exclu la composante mentale et donc réduit le contenu à la seule expression motrice, récusant la notion d'acte mental ou d'action de pensée. C'est au contraire en s'appuyant sur le fait mental, la représentation du comportement (décrite en termes de but, d'intention, de plan d'action), que les sciences cognitives définissent l'action, et renouent avec le mentalisme que le béhaviorisme a temporairement écarté. Cette définition de l'action pour les sciences cognitives s'appuie à la fois sur des arguments historiques, conceptuels et expérimentaux. L'étude des systèmes cérébraux et cognitifs spécialisés dans la représentation de l'action (Decety *et al.*, 1997 ; Jeannerod, 1997) a en effet permis de considérer action et représentation de l'action comme des processus fonctionnellement analogues.

L'imagerie fonctionnelle cérébrale démontre une analogie (un circuit cortical partiellement commun, à l'exception des aires motrices primaires) entre l'activité cérébrale mise en jeu par la seule représentation mentale consciente de l'action motrice (ou « imagerie motrice »), par la préparation intentionnelle de celle-ci, et enfin par son exécution. Vouloir agir, ou se représenter l'action, serait une certaine manière d'agir, une forme de l'action. Ce préalable explique que nous désignions ici par le terme d'action non seulement le mouvement observable et exécuté, mais aussi la représentation qui lui est constamment liée, l'événement mental qui l'accompagne. Ces deux aspects sont deux formes d'un même phénomène, le continuum représentation-exécution. Toute action exécutée (*overt action*) suppose une représentation, un état mental correspondant (*covert action*). En revanche, cette dernière forme représentationnelle ou mentale peut être le seul statut de l'action. Enfin, étudier les mécanismes de l'action, c'est étudier ceux qui déterminent son intentionnalité, repérable comme fait psychique, mais aussi telle qu'elle se délivre dans la relation avec l'environnement, dans une perspective ouverte par Brentano, dont on a pu montrer la filiation dans l'œuvre de Freud.

On pourrait prendre différents exemples de l'intérêt d'introduire le niveau de l'action en psychopathologie pour situer et définir le niveau d'analyse propre aux neurosciences. Tenir compte de l'existence des comportements innés d'attachement (de programmes d'action) et de leur spécificité dans le répertoire comportemental humain permet de situer la théorie de l'attachement dans le développement, et particulièrement par rapport au niveau d'explication psychanalytique qui ne traite pas de ces programmes biologiques et cognitifs, mais seulement du devenir des expériences mentales précoces liées à ces programmes, expériences reprises par une fonction narrative fantasmatique auto-érotique. C'est aussi constater que l'attachement ne se situe pas en rivalité avec la notion de pulsion, ni en mesure d'en rendre compte. En effet, la notion de pulsion, bien que présentée par Freud comme une notion explicative fondamentale et compatible avec la biologie de son temps, est devenue essentiellement clinique (ce qui n'enlève rien à sa valeur) et ne trouve pas de correspondance dans la neurobiologie contemporaine, sauf à la réviser en termes de psychologie de l'action et non de source somatique.

Prendre en compte les mécanismes de régulation de l'action, c'est par exemple repérer dans le deuil ou la dépression un schéma comportemental stéréotypé qui constitue une réponse adaptative (le « ralentissement ») liée à la nécessité de réviser l'ensemble des plans d'action du sujet en rapport avec l'objet de la perte pour permettre une relance comportementale par l'engagement de ces programmes vers de nouveaux objets. On voit que ce niveau de régulation de l'acte, marqué par une causalité et une inertie biologique et cognitive propres, sensible électivement aux antidépresseurs, est sous-jacent au niveau des expériences mentales et affectives qui s'y associent et apportent à la clinique du deuil et de la dépression sa spécificité.

La conversion hystérique également peut être comprise du point de vue de la neuropsychologie cognitive de l'action. Elle aurait pour mécanisme élémentaire l'inhibition excessive des systèmes de représentation d'action nécessaires à l'exécution en même temps qu'à la représentation d'une action motrice, spécifiquement touchée du fait de son intentionnalité consciente ou inconsciente. Cette lecture redonne toute sa valeur à la théorie positiviste en même temps que psychologique de Charcot, théorie d'une lésion sans lésion, « lésion dynamique » ou « trouble de l'imaginaire mais non imaginaire ». Il s'agit d'un mécanisme mental ayant une réalité objective, rendant indisponible l'action ou l'acte mental selon des lois strictes, mais c'est un phénomène mental cependant, et non causé par un trouble biologique premier.

Enfin, il reste à comprendre comment s'articulent les théories cliniques et expérimentales du développement, les modèles actuels démontrant une orientation innée et immédiate de l'ensemble des systèmes d'action, incluant attention et perception, vers autrui et la réalité externe. La compatibilité entre la théorie clinique du narcissisme et ces données développementales, de prime abord contradictoires, s'éclaire si on respecte ici encore la distinction entre les mécanismes de programmation comportementale et le plan des expériences mentales qui en découlent, et où s'organisent des représentations différenciées de soi, du monde et d'autrui à différents niveaux de conscience et d'élaboration. On constate qu'ici encore, la question cruciale est celle de la genèse des représentations mentales et de leur organisation narrative sous le primat de la sexualité, à partir d'expériences de relation au monde et d'expériences de soi soumises aux contraintes d'une organisation neurocognitive et d'une programmation développementale et comportementale qu'éclairent les neurosciences.

3. D'un langage à l'autre : les limites du parallélisme psychologie/physiologie

Si on admet une référence partagée des différentes sciences cliniques du comportement – dont la psychopathologie – aux neurosciences, à condition d'en définir le niveau d'analyse et de contribution, et donc une réalité commune (ce qui suppose une continuité épistémologique entre la psychopathologie et les neurosciences), il faut rendre compatibles deux langages de description hétérogènes. Comment s'opérera la traduction ? Les fonctions psychiques propres au champ psychopathologique clinique (identification, projection, narcissisme, culpabilité, persécution, hallucination, conscience de soi, relation à la réalité, jugement de réalité, estime de soi, élan vital, inhibition, apathie, etc.) ne sont souvent pas définissables autrement, en l'état actuel, que dans les termes de théories propres à la psychopathologie : psychanalyse, psychiatrie clinique ou phénoménologie, souvent en fait psychologie du sens commun ou « psychologie populaire » (dépression, humeur, angoisse, etc.). Le rapprochement risque d'être analogique, faisant correspondre « terme à terme » notions cliniques et notions des neurosciences.

Il ne suffit donc pas d'écarter le réductionnisme explicatif qui tend à substituer le langage biologique au langage psychologique : il faut aussi se prémunir de ce que D. Widlöcher nomme un réductionnisme descriptif qui suppose une correspondance naïve entre les

énoncés des deux langages, une compatibilité directe entre les langages et donc un parallélisme psychologie/physiologie. Or les deux langages sont trop différents (au même titre que les niveaux d'organisation des faits et des causalités dont ils rendent compte) pour autoriser des coïncidences ou une transcription entre eux ; il est nécessaire de redéfinir l'objet de chaque langage, en particulier les faits psychologiques et psychopathologiques (l'humeur, la conscience de soi, l'inhibition, la projection, l'hallucination, etc.), dans des termes qui permettent une correspondance avec le langage des neurosciences, non plus terme à terme mais « modèle à modèle » ou « notion à notion », c'est-à-dire autour d'un objet ou réel commun.

Pour cela, il faut déterminer les propriétés du fonctionnement psychique (les réalités psychologiques et comportementales) que définissent les notions cliniques, pour ensuite tenter de rendre compte de ces mêmes propriétés ou fonctions dans la modélisation propre des neurosciences ou des sciences cognitives. Il ne s'agit donc pas d'une traduction terme à terme où une notion clinique trouverait un équivalent ou substitut cérébral, biologique ou cognitif, mais d'un rapprochement entre réalité clinique et réalité neuroscientifique, tenant compte de l'hétérogénéité de nature des différents langages de description[1]. Les différentes démarches rendent compte, chacune dans son modèle et dans son langage propre, des propriétés de l'objet réel commun qu'est le psychique. L'articulation entre les points de vue ne dépend pas d'une traduction illusoire d'un langage dans l'autre, mais plutôt de la mise en perspective de chaque modèle avec l'autre autour de son objet commun réel qui constitue le nécessaire pivot de l'échange et se laisse décrire dans l'un et l'autre langage, psychologique et biologique.

On remarquera que l'on retrouve ici, en tant que nécessité épistémologique, le principe de la démarche des neurosciences cognitives. La recherche de compatibilité entre modèles cliniques et neurosciences nécessite des « opérateurs de commutation » (Widlöcher) qui

1. Cette démarche qui est souvent appelée « naturalisation » (des états mentaux et donc des faits psychopathologiques) prête à équivoque. Décrire les faits psychiques dans le langage des neurosciences cognitives ne doit pas en effet signifier réduire la nature et l'explication de ces faits aux termes neurocognitifs, mais seulement rechercher les faits cérébraux et cognitifs corrélés aux faits cliniques et qui, à ce titre, éclairent leur nature pour un niveau d'organisation et d'explication parmi les autres. Par naturalisation, nous entendons non pas la réduction des concepts psychanalytiques aux concepts psychologiques et biologiques issus des connaissances actuelles, mais la recherche d'un niveau de description par les neurosciences d'une réalité initialement définie par la métapsychologie ou la clinique psychanalytique. Il s'agit donc plutôt d'une recherche de compatibilité et de corrélations entre des niveaux et langages de description distincts.

pourraient être les mécanismes mentaux élémentaires et les fonctions proposés par les sciences cognitives de l'action. Selon une perspective fonctionnaliste, l'approche psychopathologique définit en effet des objets complexes, processus psychiques ou fonctions (le deuil, l'activité hallucinatoire, la culpabilité, l'humeur dépressive, etc.) qui ne peuvent être rapprochés des modèles des neurosciences qu'au prix d'une décomposition en mécanismes mentaux plus élémentaires qui constituent un langage psychologique tiers, langage de référence commun aux neurosciences et à la psychopathologie clinique. Réciproquement, cette démarche impose aux notions et modèles des neurosciences un mouvement inverse de recherche de leurs corrélats comportementaux et psychologiques, et une extrapolation vers les processus psychiques complexes (la conscience de soi, les processus relationnels, l'intentionnalité, etc.). C'est ce qui se produit lorsque les faits psychopathologiques sont soumis aux recherches expérimentales, c'est-à-dire aux méthodes et modèles des neurosciences cognitives, au risque de pousser ceux-ci au-delà de leurs limites de pertinence, comme nous le verrons par exemple plus loin à propos de l'application du modèle du contrôle moteur au problème des hallucinations verbales.

Ce double mouvement de traduction des modèles cliniques en processus élémentaires compatibles avec les modèles des neurosciences, et de confrontation de ces modèles à la complexité clinique (même si celle-ci est réduite par méthode) peut produire une réécriture de la clinique et une évolution des neurosciences cognitives confrontées à des propriétés ou fonctions de l'esprit et à la régulation du comportement qui sont l'objet particulier des anomalies psychopathologiques. Comme nous le verrons plus loin, les neurosciences cognitives décrivent une nouvelle « fonction » assurant la conscience de soi et l'attribution de l'action et de l'intention à soi ou à autrui (modèles de « l'agentivité »), et développent les modèles de « cognition sociale » et d'empathie dans une interaction étroite avec les recherches sur la schizophrénie et l'autisme infantile ; réciproquement, les modèles psychopathologiques évoluent en fonction des notions des neurosciences cognitives (NSC) ; de fonctions et processus (exemples de l'autisme et de la *theory of mind* [TOM] ; voir ci-après).

La question est donc de définir quelles fonctions psychiques sont « grossies » de manière privilégiée (sinon spécifique) par la clinique psychopathologique. La spécificité du champ psychopathologique sera alors définie par la nature des fonctions touchées de manière prédominante, ou par le degré de complexité et donc d'organisation de ces fonctions qui y sera principalement altéré.

4. Les conditions d'un échange entre approches cliniques et expérimentales

4.1. Spécificité du champ psychopathologique

Où situer la frontière du territoire psychopathologique si le repérage des limites de celui-ci n'est pas facilité par une référence théorique ou méthodologique unifiante et fédératrice, voire parfois dogmatique ? Si la référence au modèle de la lésion cérébrale reste actuelle et continue de marquer une limite pertinente entre deux champs cliniques distincts, il faut en revanche renoncer à une frontière entre psychopathologie et neurologie ou neuropsychologie (qui prennent également pour objet des anomalies du comportement) fondée sur le critère d'absence ou d'existence d'anomalies du système nerveux central, critère qui avait l'avantage de permettre une répartition simple des faits cliniques entre ces deux champs.

Cette frontière n'a d'ailleurs pas une forte légitimité historique, comme nous l'avons rappelé. La psychopathologie a partagé dès ses origines (que nous ne développerons pas ici ; voir Lanteri-Laura et del Pistoia, 1994) avec la neurologie la même référence étiologique au cerveau. Le dualisme ontologique de l'esprit et de la matière cérébrale qui a prévalu ces dernières décennies dans certains champs de la psychopathologie clinique est le produit de divers aléas historiques récents, mais il n'est plus défendable dans le contexte scientifique actuel. Les études d'imagerie fonctionnelle actuelles décrivent les états cérébraux fonctionnels associés aux anomalies cliniques psychiatriques, qu'il s'agisse des psychoses ou des troubles de l'humeur (Martinot). Ce que montrent ces travaux va au-delà de la seule reconnaissance de la dimension neurobiologique des faits comportementaux ou mentaux. Il ne s'agit pas seulement d'admettre que les faits cliniques sont nécessairement dépendants de l'activité du cerveau, mais de reconnaître qu'ils sont corrélés à des anomalies ou particularités de ce fonctionnement, et parfois même à des anomalies structurales. Bien sûr, une fois admis le fait que des processus cérébraux accompagnent toute activité mentale, la démonstration des corrélats neurobiologiques n'apparaît pas nécessairement utile à la pratique. C'est tout le problème de la pertinence de la mise en évidence des faits biologiques liés aux faits cliniques. Elle ne se justifie que si elle contribue à la compréhension des faits, ou à celle du fonctionnement cérébral ou mental.

Il apparaît donc impossible aujourd'hui d'opposer psychopathologie clinique et neurosciences, c'est-à-dire de distinguer et d'opposer psychisme et cerveau selon une perspective dualiste ontologique.

s'impose une épistémologie commune qui reconnaît à la fois la distinction des niveaux d'organisation, de description et d'explication propres à chaque niveau, psychologique et cérébral, et leur dépendance mutuelle : à la succession des événements ou états mentaux et comportementaux correspond une succession d'événements ou d'états cérébraux. L'observation de l'inscription cérébrale de la clinique psychopathologique semble finalement seulement dépendante des limites techniques des méthodes de l'observation du fonctionnement cérébral.

Mais au-delà du critère représenté par la référence au cerveau, la délimitation même du champ psychopathologique dès l'origine apparaît arbitraire et surtout pragmatique, dictée par les nécessités d'un partage entre ce champ, celui du reste de la médecine et celui des déviances sociales. Il faut reconnaître aussi que les limites actuelles du territoire de la psychopathologie ne reposent pas sur des motifs seulement scientifiques en rapport avec la connaissance de la nature des objets cliniques et de leurs déterminismes, mais restent largement tributaires de l'histoire, et notamment des contraintes sociales, politiques et économiques qui ont organisé le champ pratique de la psychiatrie aux XIXe et XXe siècles.

On ne peut donc s'étonner de voir régulièrement remises en question les frontières de la psychopathologie, notamment entre celle-ci et la neuropsychologie et les sciences du cerveau. Ce problème des « limites » se pose classiquement de deux manières.

- D'une part les objets limites, ou problème des confins entre neurologie et psychiatrie : démences et troubles psychologiques liés au vieillissement, continuum dépression-démence, troubles psychiques post-traumatiques, confusions mentales, pathologie du développement de l'enfant et champ du déficit ou du retard mental aujourd'hui, enfin certains syndromes neuropsychologiques comme les agnosies.
- D'autre part les dimensions croisées : dimension neuropsychologique de la clinique psychopathologique (troubles des fonctions exécutives, de la mémoire, de la perception, de l'attention, etc. associés aux troubles psychopathologiques : psychoses, dépression, etc.) et dimension psychopathologique des troubles neuropsychologiques (troubles émotionnels, troubles de la conscience et de la représentation de soi, de la relation et communication, etc. observés dans les syndromes résultant de lésions cérébrales frontales pariétales, sous-corticales, etc.).

La question de l'interface entre prise en compte des mécanismes neurocognitifs et des faits psychopathologiques se pose également

dans la pratique thérapeutique ; en particulier la psychothérapie des sujets cérébro-lésés, des psychoses, et au cours du développement précoce (psychopathologie du bébé), champs de pratique qui définissent un nouvel objet imposant d'intégrer les deux lectures du psychisme et donc les modèles des neurosciences et ceux de la psychopathologie clinique (Fayada, Ouss).

S'il existe un noyau clinique psychopathologique stable que les notions d'états névrotiques, psychotiques, de troubles de l'humeur et de la personnalité continuent de structurer, il existe aussi entre clinique des lésions cérébrales et troubles psychopathologiques un continuum d'anomalies comportementales et mentales, qui rend nécessaire une lecture « dimensionnelle » et « transnosographique » de la clinique. Sous-jacent à cette continuité entre les différentes cliniques du comportement, neurologique et psychopathologique, s'étend un continuum de mécanismes cérébraux, d'opérations mentales et de fonctions qui sous-tendent la production et la régulation des états mentaux et des conduites, et ce quel que soit le champ de leur observation.

De ce point de vue, les « confins » et les objets limites constituent un faux problème : ils ont seulement une valeur exemplaire de l'existence de mécanismes cérébraux et cognitifs sous-jacents aux faits psychopathologiques et communs à ceux-ci ainsi qu'à d'autres pathologies impliquant le système nerveux central, dont les pathologies lésionnelles. Ils révèlent le continuum d'opérations élémentaires dépendantes du fonctionnement cérébral qui sous-tendent le comportement et l'activité mentale observable, et donc l'interaction permanente entre activités cérébrale et mentale.

Ce que partagent par exemple la proposagnosie causée par une lésion pariétale, pour prendre un modèle classique, et certains états délirants sans lésion cérébrale, tels les syndromes de Capgras et de Fregoli également caractérisés par des anomalies de la reconnaissance de personnes connues, c'est le dysfonctionnement de mécanismes communs mis en jeu dans le jugement et la reconnaissance d'autrui (et en particulier par la reconnaissance des visages), dysfonctionnement de processus neurocognitifs identiques mais relevant de causes différentes dans l'un et l'autre contextes. Il est donc nécessaire de distinguer causes et mécanismes, ces derniers seulement apparaissant communs. Un autre exemple est donné par l'apathie, également observée dans les pathologies des noyaux gris centraux en neurologie et dans certains états dépressifs, cliniquement parfois tout à fait identiques et reposant très probablement sur des mécanismes communs, mais dans des contextes étiologiques et clini-

ques différents. On rappellera aussi la communauté de structure des troubles du langage observés dans les aphasies et dans les pathologies psychiatriques (schizophasie).

Cette perspective éclaire des fonctions communes de production et régulation de l'action et de l'activité mentale, dépendantes de l'activité cérébrale, susceptibles d'être altérées à des niveaux différents et dans des contextes étiopathogéniques différents qui définissent des objets cliniques distincts (l'arrière-plan fonctionnel seul étant commun). Le langage psychologique (compatible avec celui de la neurobiologie) décrivant ces opérations élémentaires de régulation et production des conduites est aujourd'hui celui des sciences cognitives de l'action.

4.2. Redéfinir la spécificité des faits psychopathologiques

La référence commune au cadre conceptuel des neurosciences de l'action (pour un niveau d'organisation élémentaire du fonctionnement mental, et évidemment sans *réduire* les faits cliniques à ce seul niveau) conduit à redéfinir la spécificité du champ psychopathologique.

Pour l'approche clinique, la réalité psychopathologique est caractérisée (dans le champ étendu des anomalies du comportement) par la dimension de l'action (dont les actes mentaux) et l'intentionnalité. Les faits cliniques y sont définis à une échelle qui est celle de l'acte intentionnel (dans la paralysie hystérique, l'obsession comme l'hallucination, le maniérisme schizophrénique) et non celle du mouvement, comme c'est le cas dans la clinique neurologique (la paralysie motrice, le rire spasmodique). Cette différence d'échelle dans l'organisation comportementale concernée se retrouve dans ce qui distingue l'activité délirante qui exprime un rapport intentionnel au monde ou à autrui, et la nature fragmentaire de l'hallucinose ou du trouble du jugement de l'agnosie. Du point de vue des neurosciences, le problème est plus complexe, car l'échelle n'est plus celle où se repère l'intentionnalité, en raison de la réduction du fait clinique spécifique à des processus élémentaires non spécifiques.

Cependant, l'implication des dysfonctionnements cérébraux dans la genèse des troubles psychopathologiques conserve des particularités. Ces troubles n'obéissent pas à la logique de la lésion propre aux troubles neurologiques. La nature des dysfonctionnements neuronaux est sans doute à définir à d'autres échelles anatomo-fonctionnelles : extension spatiale des activations, synchronisation ou non

d'activations dans différentes zones, coopération entre aires ou structures corticales et/ou sous-corticales, processus de plasticité et développement ou réduction des connexions. La dimension du développement structural et fonctionnel du cerveau doit également être prise en compte, du fait de l'apparition des troubles à différents moments clés du développement de l'individu (premières années de vie pour l'autisme, adolescence pour la schizophrénie, etc.).

Enfin, alors que le modèle lésionnel est causal et explicatif (l'anomalie cérébrale cause le trouble clinique), la mise en relation des troubles psychiatriques et des anomalies cérébrales reste ouverte, dans la mesure où il est souvent impossible de l'interpréter en terme de relation de cause à effet. Comment interpréter la réduction de l'activité d'une zone cérébrale chez un sujet dont la clinique montre des dysfonctionnements majeurs de la fonction correspondante (par exemple des troubles d'activation du sillon temporal supérieur, spécialisé dans l'analyse des signaux sociaux, chez un sujet autiste, comme cela a été récemment rapporté [Zilbovicius et Bodaert]), sinon comme un corrélat ou comme l'expression de ce même fait clinique pour le niveau d'analyse de l'activité cérébrale ?

Par ailleurs, la spécificité des faits psychopathologiques pour les neurosciences est celle des fonctions concernées, qui ne se réduisent pas aux fonctions dites « cognitives » étudiées jusqu'ici : perception, mémoire, attention, motricité, ou même réactions émotionnelles. Il faut introduire ici des fonctions ou propriétés psychiques complexes et originales, telles que jugements et croyances, représentation et conscience de soi et d'autrui, vie de relation, intentionnalité, vie sexuelle, dont la pathologie recouvre les anomalies des conduites rangées jusqu'ici dans les catégories structurelles des névroses et psychoses.

Les rapprochements entre neurosciences et psychopathologie ont cependant souvent été marqués par la méconnaissance de cette spécificité des fonctions qui y sont touchées. On peut ainsi grossièrement distinguer deux époques dans l'approche de la clinique psychopathologique par la neuropsychologie. La première est caractérisée par l'application systématique à la dépression, à l'anxiété, à la schizophrénie, des méthodes et modèles de la neuropsychologie, explorant des fonctions dites « cognitives », telles que l'étude des sujets cérébro-lésés et normaux les avait définies (attention, mémoire, perception, fonctions dites « exécutives », c'est-à-dire de contrôle et planification de l'action). Ces études révéleront des anomalies non spécifiques des diverses fonctions étudiées, anomalies qui seront soit jugées comme résultant du processus psychopathologique qui reste

ainsi soustrait à l'approche cognitive, soit identifiées au processus psychopathologique lui-même qui sera alors réduit à un trouble élémentaire : par exemple, une désorganisation attentionnelle, ou un trouble de la filtration perceptive. Malgré leur totale absence de spécificité et leur absence de relation avec la clinique schizophrénique, ces anomalies restent celles considérées aujourd'hui, faute de mieux, comme les « marqueurs de vulnérabilité » déterminés par les facteurs génétiques de la pathologie.

La deuxième est celle du courant français dit de « psychopathologie cognitive », représenté par D. Widlöcher et M.-C. Hardy-Baylé (1989), défend en revanche l'idée selon laquelle les anomalies cognitives associées aux états pathologiques ne sont ni des conséquences cognitives de la pathologie (le retentissement non ou peu spécifique du processus psychopathologique sur les « fonctions cognitives »), ni le mécanisme « cognitif » causal du trouble réduit à un dysfonctionnement attentionnel ou exécutif. Les anomalies cognitives sont ici considérées comme l'expression même du fait psychopathologique pour le niveau d'analyse propre à l'approche des opérations cognitives, selon le principe d'une pluralité de méthodes et de modèles applicables aux faits cliniques. Ce changement de perspective est lié au fait que le « cognitif » n'est plus défini ici par un domaine de fonctions mentales distinguées d'un autre (l'affectif ou l'émotionnel notamment), ni bien sûr comme le champ des processus de « connaissance » ou représentations du monde et des processus d'apprentissage ou de raisonnement (la « cognition »), mais comme un niveau d'organisation du fonctionnement psychique dans son ensemble, accessible à la méthode expérimentale, et qui correspond à des fonctions élémentaires assurant l'exécution et la régulation des actes mentaux (dont les émotions) et des conduites, conformément à la perspective des sciences cognitives modernes de l'action. De ce point de vue, il devient possible en effet de décrire en psychopathologie des anomalies touchant des dimensions cognitives « transversales » par rapport aux champs cliniques : anomalies de la régulation temporelle de l'action et de la prise de décision selon le modèle du ralentissement dépressif ; anomalies de la planification de l'action, de la pensée et du langage (désorganisation) dans la schizophrénie ; atteintes des cognitions sociales et des processus de métareprésentation dans les pathologies psychotiques. L'approche des neurosciences cognitives ne décrit pas les conséquences du fait psychopathologique, mais ce fait lui-même, et pour un niveau d'organisation particulier correspondant aux processus mentaux élémentaires. Elle ne réduit pas ce fait à ce niveau d'analyse, sinon de

manière seulement méthodologique. Cette approche a ainsi ouvert la voie à une démarche authentiquement psychopathologique, se dégageant du modèle de la neuropsychologie cognitive « neurologique » pour définir des anomalies propres en appliquant ses méthodes à une pathologie originale.

L'exploration de la psychopathologie a progressivement conduit l'approche des neurosciences cognitives à enrichir ses modèles et à élargir le champ de ses « fonctions ». La clinique psychopathologique conduit aujourd'hui les neurosciences à prendre en compte des fonctions mentales et comportementales (et donc des mécanismes neurocognitifs) nouvelles qui, si elles ne sont pas propres à la psychopathologie, doivent en grande partie leur description à ce champ clinique. Il s'agit des mécanismes de la conscience de soi, mais aussi des « cognitions sociales » que nous développerons plus loin, notamment les mécanismes de la vie de relation (ou empathie), de la représentation de soi et de l'autre ou « théorie de l'esprit », de l'identité. Il s'agit également des mécanismes de la vie émotionnelle, de l'intentionnalité, et des processus assurant la constitution de représentations complexes du milieu et de soi, en particulier les processus de jugement et la constitution de croyance portant sur la réalité externe, sur soi et sur autrui. Ces fonctions, bien que relevant d'un haut niveau de complexité, ne sont pas strictement spécifiques des troubles psychopathologiques, mais alors qu'elles sont touchées de façon plus « périphérique » dans les troubles neurologiques, elles semblent l'être plus électivement par les dysfonctionnements sous-jacents à la clinique psychopathologique, qui constitue un champ d'exploration neuroscientifique original et d'importance majeure.

De ce point de vue, la clinique psychopathologique partage avec celle de la neurologie le fait d'offrir à l'observation des « dissociations fonctionnelles » qui désintriquent des opérations mentales indistinguables et confondues dans le fonctionnement normal. Les faits psychopathologiques seraient ainsi en mesure de contribuer à la connaissance psychologique générale (selon le modèle de la psychanalyse) autant qu'à la connaissance générale du fonctionnement cognitif et du cerveau. Nous prendrons plus loin pour exemple le problème de la conscience de l'action et de l'expérience d'être agent de l'action, objet d'étude introduit par l'étude de la schizophrénie et devenu un paradigme des neurosciences.

Un temps écartée par l'application des modèles et méthodes des neurosciences cognitives issus directement de l'étude des pathologies lésionnelles, la spécificité de la clinique psychopathologique réappa-

raît donc dans les travaux actuels, sous la forme d'une transformation des modèles qui s'attachent, sous l'influence de sa clinique, à définir de nouvelles fonctions en rapport avec la conscience de soi, d'autrui, et l'intersubjectivité. C'est notamment le domaine des « cognitions sociales », dont l'émergence est étroitement liée à l'étude de la clinique de l'autisme et de la schizophrénie.

5. Neurosciences de l'intersubjectivité : l'approche neuroscientifique de l'intersubjectivité dans les psychoses

L'intersubjectivité entre de manière explicite dans le champ des sciences cognitives lors de la publication de l'étude consacrée à la fonction dite « théorie de l'esprit » (*theory of mind* [TOM]) dans l'autisme infantile (Baron-Cohen *et al.*, 1985). Cette notion apparue dans le champ de l'éthologie (Premack et Woodruff, 1978), reprise notamment par A. Leslie (1987) désigne la capacité à prédire les comportements et actions des congénères. Elle deviendra l'aptitude à accéder aux états mentaux d'autrui, puis à adopter le « point de vue de l'autre », à se mettre à la place de l'autre.

Les paradigmes expérimentaux bien connus de « fausses croyances » du « tube de smarties » ou de « Sally et Ann » qui opérationnalisent cette notion consistent à demander au sujet de l'expérience (en l'occurrence un enfant) ce que va faire un personnage confronté à une situation où il ignore que l'objet qu'il désire a été déplacé ou substitué, ce que l'enfant en revanche sait[1]. L'enfant doit donc se représenter la croyance (fausse dans ce cas, ce qui permet de s'assurer que le sujet décrit la représentation que se fait autrui de la situation, et non seulement la situation concrète) d'autrui. Ce dispositif très simple a l'intérêt d'éclairer les différentes composantes de la notion de TOM ou d'accès à la vie mentale d'autrui : la capacité à se représenter les états mentaux d'autrui et donc de se mettre « à la place » de l'autre par une identification ; mais aussi celle de distinguer ses

1. Dans le protocole expérimental dit « Sally et Ann », deux poupées sont mises en scène devant l'enfant : Sally dépose une friandise dans un panier fermé dont on ne peut voir ensuite le contenu, puis s'en va ; pendant son absence, Ann déplace la friandise ; puis Sally revient et on demande d'abord à l'enfant : « Sais-tu où est la friandise ? » afin d'évaluer sa compréhension de la scène (la réponse est par exemple : dans la poche d'Ann) ; puis : « Où Sally va-t-elle la chercher ? » afin de savoir si l'enfant peut se représenter la (fausse) croyance de Sally. Si l'enfant dispose d'une TOM, il répondra : « Bien sûr que Sally la cherchera dans le panier où elle croit qu'elle est toujours. » Un enfant réussit cette tâche dès l'âge de 3 à 4 ans.

propres états mentaux et croyances de celle d'autrui malgré cette identification ; enfin la capacité fondamentale à se représenter de manière différenciée l'état du monde factuel (réalité matérielle des choses et personnes) et les représentations de cette réalité matérielle par l'esprit de soi ou d'autrui. On nomme « métareprésentation » ce niveau de représentation de l'activité même de représentation, qui sous-tend la fonction de TOM. A. Leslie a développé un modèle développemental faisant dépendre les jeux de « faire semblant » de la capacité à disposer de métareprésentations. Il a été confirmé que les sujets autistes rencontrent des difficultés spécifiques aux tâches de TOM de premier, second ou troisième ordre (selon le nombre de protagonistes mis en scène, lorsqu'il s'agit de se représenter ce que X croit que Y croit que Z croit, etc.), difficultés qui semblent indépendantes de l'existence d'un retard mental.

La notion de TOM redonne une place centrale en psychologie à l'intersubjectivité et à la relation. L'activité métareprésentationnelle (Perner, 1991), c'est-à-dire la représentation de l'activité même de l'esprit, de soi et des autres, est restaurée en tant que propriété centrale et spécifique, dans sa complexité, de l'esprit humain.

Le premier modèle rendant compte de cette aptitude, inspiré par la psychologie sociale, reste « cognitif » au sens intellectualiste. Dit « théorie-théorie » (conception théorétique de la théorie de l'esprit, donc métathéorie), il considère la fonction de TOM comme un jugement sur les croyances et intentions d'autrui issu de l'apprentissage et de calculs cognitifs, dépendant d'opérations mentales proches de la conscience et de « haut niveau ». Lui sera opposée une conception plus automatique, implicite, fondée sur l'activation commune chez soi et autrui de systèmes neurocognitifs spécialisés dans la perception, la représentation et l'organisation de l'action, dite « simulationniste », sur laquelle nous reviendrons. Différents arguments ont en effet été opposés à l'hypothèse de la « théorie-théorie » : la mise en évidence chez des enfants de moins de 3 ans, et qui échouent donc aux tâches de TOM, d'une capacité implicite (non consciente) de prédiction des actions d'autrui dans des situations analogues de fausses croyances (Perner) ; la description de précurseurs très précoces (intérêt pour les visages, analyse de la direction du regard, attention conjointe) de cette fonction, qui est ainsi à la fois décomposée, distribuée à des niveaux de traitement distincts, et inscrite dans une perspective développementale précoce, par S. Baron-Cohen, celui-ci substituant à la notion de TOM celle de *mind reading* (lecture de l'esprit) ; enfin, les données des recherches en faveur des systèmes « miroirs » que nous décrirons plus loin.

Les travaux consacrés à la conscience de soi et d'autrui dans la schizophrénie ouvrent un second accès à l'intersubjectivité en neurosciences cognitives, et contribueront à l'émergence des « cognitions sociales » initiée par la notion de TOM. Ces travaux portent sur les symptômes dits « positifs », qui sont parmi les manifestations les plus typiques de la pathologie : principalement les hallucinations acoustico-verbales et les expériences délirantes xénopathiques. Le phénomène caractéristique de l'hallucination peut être décrit comme une « perception » anormale et intrusive d'une activité intentionnelle étrangère au sujet, et qui s'impose à lui. Ce phénomène s'observe également sans la propriété sensorielle pseudoperceptive auditive du langage, lorsqu'il touche la pensée, le discours intérieur ou l'intention, c'est-à-dire des états mentaux dépourvus de caractéristique sensorielle. Ainsi, dans l'automatisme mental, les expériences de pensée volée ou diffusée, le sujet ressent que le cours de sa pensée échappe à son contrôle (« pensées imposées »), qu'il est contrôlé par une force ou un agent extérieur, comme si autrui prenait possession de sa volonté et pénétrait dans l'intimité de sa vie mentale. Par ailleurs, dans le syndrome d'influence ou l'hallucination psychomotrice, le sujet déclare être agi par une force étrangère qui contrôle sa pensée, ses intentions ou ses actes. Ces symptômes, les plus caractéristiques de la schizophrénie selon K. Schneider (1959), sont caractérisés par l'intervention d'autrui dans les pensées du sujet et dans son monde privé. Le sujet entend en effet des voix étrangères qui ordonnent ou commentent ses actes, fait l'expérience d'un contrôle externe, d'une « influence » qui s'exerce sur ses pensées et intentions, ou ressent que ses actions et intentions se confondent avec celles d'autrui. Cliniquement, ces expériences constituent des anomalies exemplaires de la conscience de soi et de l'autre, dans la mesure où elles expriment l'expérience d'une relation anormale, de confusion, entre le patient et un autrui imaginaire. Finalement, on peut définir ces différents faits cliniques comme expérience pathologique d'un agent intentionnel étranger au sujet et à sa volition, mais s'imposant dans le monde interne de ce sujet.

L'hypothèse d'une anomalie de la conscience des états internes permet de relier les hypothèses psychiatriques les plus anciennes, selon lesquelles ces symptômes résultaient d'un trouble de la perception ou reconnaissance, par le sujet, de sa propre activité mentale ou de son discours intérieur (Seglas, Clérambault, Tamburini, Tanzi), et les données contemporaines de la neuropsychologie. Cette hypothèse qui s'inscrit dans le cadre général de la psychologie de l'action est reprise aujourd'hui en termes cognitifs par l'hypothèse d'une alté-

ration de la « conscience de l'action », plus précisément de l'expérience d'être l'agent de ses actions (Frith, 1992 ; Hoffman, 1986). Pour reprendre les termes de la démarche neuropsychologique évoquée plus haut, la clinique psychiatrique aurait l'intérêt de montrer ici une forme particulière de « dissociation fonctionnelle », dissociation entre la *conscience intentionnelle* et l'activité mentale, de langage, ou plus largement l'*action*.

Les recherches empiriques récentes vont dans ce sens, car elles suggèrent l'existence de liens étroits entre hallucination verbale, langage et action. Certaines avaient déjà montré les liens entre subvocalisation et hallucinations acoustico-verbales (David, 1994). Les travaux exploitant l'imagerie fonctionnelle ont renforcé la thèse de l'hallucination-action en montrant chez des schizophrènes souffrant d'hallucinations verbales une activité cérébrale analogue à celle liée à la réception du langage et à la production du discours intérieur et du langage (Cleghorn *et al.*, 1992 ; McGuire *et al.*, 1993, 1996), alors que d'autres travaux chez le sujet normal soulignent l'analogie entre les processus cérébraux mis en jeu par le langage intérieur et par la production ou la réception réelles de parole (Frith, 1996). Si l'hallucination acoustico-verbale est un acte de langage, le trouble touche la conscience de l'action ou plus exactement de l'intention d'agir ; il altère la capacité du sujet à identifier cette activité pour l'attribuer à lui-même plutôt qu'à une source ou un agent externe. Classiquement définie en psychiatrie comme « perception sans objet », l'hallucination verbale devient une « action sans sujet » ou sans agent. Une même altération de l'expérience d'être agent de l'action, touchant cette fois non plus le langage mais l'activité de pensée et la formation des intentions d'agir, rendrait compte des expériences d'automatisme mental, de pensée imposée ou volée, et du syndrome d'influence, où le sujet se sent passivement « agi » par une force ou intention étrangère. Des recherches expérimentales récentes suggèrent l'existence chez des sujets schizophrènes d'anomalies de conscience de l'action et de son attribution à soi ou à autrui (Daprati *et al.*, 1997 ; Franck *et al.*, 2001). Soulignons que ces recherches rejoignent un courant de travaux psychanalytiques sur la « représentation de la représentation », le niveau métareprésentationnel (Roussillon, Green), ou la réflexivité subjective (Fonagy).

Cette rencontre entre psychopathologie et sciences cognitives s'est donc produite dans le champ des neurosciences cognitives de l'action motrice, dans la mesure où la question de la conscience de l'action est posée depuis longtemps par tous les chercheurs s'intéressant à la motricité. Comme le rappelle Jeannerod (1996), dès le début du XIX[e] siècle

émerge avec Maine de Biran (1805), la thèse « centraliste » (par opposition à celle périphéraliste issue du sensualisme de Condillac), selon laquelle existe un sentiment intérieur accompagnant les opérations de la volonté, indépendant de la perception externe, un « sens de l'effort » ou « sentiment intime de la cause ou force productive du mouvement qui est le moi-même identifié à son effort », distinct de la seule perception de l'activité musculaire.

Logiquement, c'est donc à partir du modèle neurophysiologique, qui suppose l'accès à des informations ou représentations centrales du mouvement, dans le cadre solipsiste d'un modèle du contrôle de l'acte moteur, que l'on tentera d'abord de comprendre la genèse de la conscience intentionnelle de l'action. Il a ainsi d'abord été proposé que l'expérience normale d'« agentivité » dépende de signaux centraux ou « efférents » informant sur l'action engagée, signaux déclenchés par la commande d'une action et permettant ensuite son contrôle (Wolpert *et al.*, 1995). Selon C. Frith, les troubles de reconnaissance ou conscience de l'action et du « soi en action » dans la schizophrénie résulteraient ainsi d'un défaut de l'exploitation de ces signaux centraux au sein des systèmes de génération, et de contrôle de l'action motrice volontaire (Frith 1992, 1996).

Cependant, rien ne permet d'affirmer que la conscience intentionnelle d'agir dépende effectivement des signaux centraux en rapport avec la commande motrice volontaire. Des études suggèrent même que la prise de conscience de l'action est une représentation construite, facultative et rétrospective, produit de traitements cognitifs complexes (Gray, 1995 ; Jeannerod, 1997 ; Milner et Rugg, 1991). Libet (1985) a constaté que la prise de conscience de l'intention d'agir volontairement est systématiquement postérieure (de 350 ms) à l'initiation de l'acte. La conscience d'agir, facultative, ne s'opérerait que par intermittence et seulement lorsque est prise en compte une inadéquation entre les anticipations endogènes (représentation attendue de l'action) et les informations perceptives (Gray, 1995 ; Jeannerod, 1997).

Deux facteurs susciteront un changement de paradigme amenant ces travaux sur la schizophrénie dans le champ des « cognitions sociales » : les arguments cliniques (comment comprendre un trouble de la différenciation soi/autrui sans prendre en compte les systèmes cognitifs et cérébraux impliqués dans la vie relationnelle ?) et l'émergence du paradigme dit « simulationniste » à partir de recherches expérimentales.

Cliniquement, la structure du syndrome d'influence et des hallucinations, mais aussi les expériences pathologiques où le sujet se sent

l'agent des actions d'autrui, capable d'une influence sur des événements externes (« syndrome d'influence inversé » ou « en miroir », expériences de « centralité » [Grivois, 1996], « subjectivation intentionnelle » [Janet, 1937]), éclairent également, sous la forme pathologique, le caractère transitif du système de codage de l'action. Le sujet halluciné ou influencé y est en effet confronté à un autrui imaginaire, dans une interaction ou une interlocution virtuelle. La question posée par ces symptômes est celle de l'expérience de l'action dans un schéma d'interaction entre un agent et autrui. Ils suggèrent le dysfonctionnement d'un mode de représentation sociale de l'action, reposant sur des représentations communes ou partagées de l'action de soi et d'autrui, système pour lequel l'attribution d'agentivité correspondrait à une levée d'ambiguïté et à une différenciation soi/autrui.

Les particularités de ces symptômes conduisent à préciser la nature des comportements ou actions concernés. Alors que la neuropsychologie a privilégié (du fait de sa clinique propre des lésions cérébrales, touchant en premier lieu la motricité et la perception) les comportements dirigés vers un but ou un objet, élaborant sur cette base un modèle de l'action et de l'intention, la psychopathologie de la schizophrénie mais aussi de l'autisme infantile privilégie des actions sociales ou interindividuelles (langage, actes de communication et actions relationnelles), dirigées vers l'autre ou vers l'action de l'autre, engageant deux sujets et les mettant en relation (dès le plan des représentations). Il s'agit d'un registre spécifique d'actions orientées non pas vers un objet mais vers l'action ou l'intention de l'autre, et ayant pour but de susciter ou modifier chez autrui ses actions, intentions et/ou ses états mentaux (Georgieff, 2000). C'est en ce sens que l'on peut introduire dans le modèle neuropsychologique cognitif de l'action un système spécifique pour les actions sociales ou interindividuelles qui sont l'objet de ce que l'on pourrait appeler ici la neuropsychologie cognitive sociale de l'action (Georgieff et Jeannerod, 1998), en suggérant que les troubles schizophréniques de l'identité pourraient exprimer une pathologie de la conscience de l'action invitant à poser, dans l'interaction et le partage social d'actions, la question du « qui » agit (« *who system* » ou « système du qui »), c'est-à-dire de l'agent de l'action, dissocié de la conscience de celle-ci.

La découverte des « neurones miroirs » (Rizzolatti *et al.*, 1996) est un argument clé en faveur de la notion de « cognitions sociales ». Elle est à l'origine de l'hypothèse d'une propriété transitive ou spéculaire du cerveau lui permettant de générer des configurations d'acti-

vité, et donc peut-être des représentations mentales ou des états mentaux, analogues chez soi et autrui, en rapport avec le comportement moteur (des représentations d'action) et donc, par extrapolation, avec les représentations du but, de l'intention, de l'état émotionnel et de la croyance sur le monde en rapport avec ce comportement.

Ces neurones corticaux frontaux prémoteurs sont en effet activés de manière identique lorsque le singe se prépare à exécuter lui-même un certain acte moteur (saisir un aliment), et lorsqu'il voit seulement l'expérimentateur exécuter ce même acte chez autrui. Un mécanisme identique existerait chez l'homme, l'observation de l'acte activant les structures motrices (cortex prémoteur et cortex pariétal) au même titre que l'imagerie mentale, la préparation et l'exécution de l'action. Le système de représentation d'action serait mis en jeu lorsque l'action est seulement représentée comme lorsqu'elle est préparée et exécutée, et surtout lorsque l'action est engagée par le sujet comme lorsqu'elle est perçue chez autrui (« lecture de l'action »). De même que se représenter l'action c'est agir, observer l'action c'est (de ce point de vue en tout cas) également agir. Le système de codage de l'action permettrait ainsi une relation transitive entre individus, fondée sur le partage d'intentions et d'actes, mise en jeu dans les interactions sociales. Ce système générerait des « représentations partagées » d'action et d'intention entre soi et autrui grâce à un processus de « résonance motrice », dont les effets sont cependant limités par des mécanismes d'inhibition frontaux.

Cette fonction pourrait jouer un rôle dans les processus d'imitation (en particulier l'imitation précoce) et d'apprentissage, mais aussi dans la capacité de « théorie de l'esprit » permettant d'accéder aux états mentaux d'autrui par identification à autrui selon l'hypothèse dite « simulationniste » des cognitions sociales (Gallese et Goldman, 1998). Le partage de représentations motrices permettrait la compréhension intentionnelle de l'action perçue, donnerait accès aux émotions de l'agent. Il serait un des mécanismes de l'empathie, terme par lequel on traduit l'*Einfühlung*, concept fondamental en psychologie et sociologie développé par Lipps puis repris par Freud et son élève Ferenczi (Pigman, 1995), aujourd'hui réactualisé par les neurosciences. L'empathie désigne le mécanisme de base (distinct de la perception comme de l'introspection) de la connaissance d'autrui permettant de se représenter et de partager les états mentaux et les émotions d'autrui, sous-jacente à la fonction de « théorie de l'esprit ». Soulignons également que la problématique de l'attribution de l'action à soi ou autrui renouvelle la compréhension de la notion psychanalytique de projection, notion restée en attente

d'explication en termes de mécanismes, et qui décrit la perte de reconnaissance de l'origine interne d'un acte mental et son attribution à autrui.

Les propriétés des systèmes de codage de l'action et les neurones miroirs confirment l'hypothèse de Lipps, qui postulait déjà que l'empathie reposait sur un partage de représentations motrices. Selon Lipps, ce sont en effet les impulsions motrices automatiquement induites par la vue de l'expression de l'émotion sur le visage de l'autre (les influx nécessaires à la production de cette expression) qui permettent la tendance à ressentir l'état affectif correspondant. La représentation motrice assure la reproduction chez le spectateur de l'état affectif à partir de la perception de l'action de l'autre. La vision de l'expression correspond déjà à un « début d'imitation », une « imitation interne », comme les recherches actuelles montrent que la perception de l'action correspond à l'activation d'une représentation de celle-ci. Freud formule une hypothèse motrice analogue[1].

6. De la « theory of mind » (TOM) à l'empathie

L'empathie ou identification à autrui peut reposer sur d'autres systèmes que les seuls « neurones miroirs » et le processus de résonance motrice. Ceux-ci partagent avec d'autres systèmes une même propriété : assurer une équivalence fonctionnelle entre le processus de perception d'un événement ou état mental et le processus de génération ou production de ce même état. On peut prendre pour exemple la perception du langage (qui active les zones de production chez le sujet percevant : théorie motrice de la perception). Surtout, un mécanisme analogue a été montré pour les émotions, dont la génération ou l'expression (en soi) et la perception ou reconnaissance (chez autrui) partagent également des mécanismes cérébraux (cortex limbique, cortex somatosensoriel) et cognitifs communs. La contagion ou réso-

1. « J'ai acquis la représentation d'un mouvement d'une certaine amplitude en exécutant ou en imitant moi-même ce mouvement, et, à l'occasion de cet acte, j'ai appris à connaître, dans mes sensations d'innervation, une mesure de ce mouvement. Or lorsque je perçois, chez un autre, un mouvement similaire [...] la voie qui me mènera le plus sûrement à sa compréhension – à son aperception – coïncidera avec celle que je suivrais moi-même pour reproduire, par imitation, ce même mouvement [...]. Cette impulsion à l'imitation se produit sans aucun doute lors de la perception du mouvement. [...] Mais je n'imite pas en réalité ce mouvement [...] je représente ce mouvement à l'aide des traces de souvenirs laissées en moi par les dépenses que des mouvements analogues ont exigées de moi. Le « représenter » ou le « penser » se distingue de l'« agir » ou de l'« exécuter » surtout en ce qu'il déplace des énergies d'investissement beaucoup moindres et qu'il empêche la liquidation de la dépense principale » (Freud, 1905a).

nance émotionnelle peut donc être liée à la résonance motrice, mais aussi à des activations partagées plus spécifiquement en relation avec les mécanismes émotionnels (insula, amygdale, cortex cingulaire). Aux contagions motrice et émotionnelle, il faut enfin relier ce que Sperber a appelé la « contagion des idées ».

Le système neurocognitif ainsi esquissé semble assurer une fonction d'identification à autrui de nature spéculaire et mimétique, rendant le sujet identique à l'autre. Or, l'empathie suppose en même temps un mécanisme de distinction entre soi et l'autre bien repérable, comme nous l'avons vu plus haut dès la situation de « Sally et Ann » et correspondant à la fonction du *« who system »*, de l'attribution à soi ou à autrui des représentations partagées. Si le partage de l'expérience de l'autre est nécessaire à la représentation de l'autre dont je peux disposer, elle est seulement un partage et non une identification totale à mon expérience propre. Un système de l'autre comme distinct de soi est ainsi théoriquement nécessaire.

Au risque de s'exposer à la critique du parallélisme psychophysiologique dénoncé plus haut, on peut faire l'hypothèse que cette distinction soi/autrui, contemporaine de l'accès à autrui, repose sur d'autres systèmes neurocognitifs antagonistes qui tempéreraient les effets du système d'identification à l'autre. D'une part, l'identité entre les activations cérébrales liées à la perception et à la génération de l'action est toujours seulement partielle et non totale. D'autre part, des zones cérébrales apparaissent spécifiquement activées lorsque le sujet porte un jugement de distinction entre soi et autrui (Fossati *et al.*, 2003), ou lorsqu'il attribue à autrui une action (notamment le cortex pariétal inférieur droit [Farrer *et al.*, 2003]).

L'adoption du point de vue d'autrui en « troisième personne » est corrélée à l'activation du cortex frontal et préfrontal, ce qui conduit Decety *et al.* (2005) à attribuer à cette activité frontale la fonction d'un découplage entre les perspectives en première et troisième personnes grâce à la mise en œuvre d'une propriété de « flexibilité mentale ». Il suggère que la représentation d'autrui se constitue de manière automatique et « par défaut » sur le modèle du soi grâce aux systèmes de contagion ou résonance, et que l'intervention des fonctions exécutives (cortex frontal) est nécessaire pour l'adoption intentionnelle du point de vue de l'autre comme singulier, au prix d'une inhibition partielle de la perspective subjective en première personne. Mais une modélisation de l'empathie se heurte nécessairement aux paradoxes qui lui sont inhérents : le fait que la connaissance de l'autre apparaît nécessaire à celle de soi, que la connaissance empathique de l'autre repose paradoxalement sur une perception

intime de soi qui éloigne de l'autre, et plus généralement le paradoxe de la notion d'identification qui crée le moi sur le modèle de l'autre et à partir de lui, et associe sens de soi et altérité à soi-même.

Il est donc tentant de poursuivre l'hypothèse d'un « système de l'autre » en tant que celui-ci est essentiellement différent du soi, système dont les effets réguleraient la tendance biologique forte et innée (systèmes miroirs, résonance motrice et affective, tendance automatique à l'imitation, analogie perception-action-représentation) de ce l'on pourrait appeler un « système du même » ou de l'autre comme soi, tendance mimétique qui organise une représentation de l'autre identique au soi grâce aux « représentations partagées ». On retrouve dans ces termes la distinction entre une altérité « imaginaire » spéculaire identifiée au moi, et une relation à l'altérité radicale étrangère au moi, largement développée par la psychanalyse. La même dichotomie se traduit par la distinction entre relation narcissique (où l'attachement est dirigé vers un objet identifié à l'image de soi) et relation d'objet (où il est dirigé vers l'autre en tant que différent), soit entre relation d'identité et relation de complémentarité, proposée par Widlöcher (1994).

7. Pathologies de l'empathie

On peut ainsi se laisser séduire par la relecture de la psychopathologie guidée par l'hypothèse du trouble de fonctions qui, associées, assurent le processus d'empathie articulant identification avec autrui et distinction soi/autrui. Nous avons proposé une lecture en ce sens des symptômes positifs de la schizophrénie. Ces symptômes qui expriment sous deux aspects symétriques une altération de l'attribution de l'action à soi et autrui pourraient exprimer une altération spécifique de ce système et constituer une « pathologie de l'empathie », s'exprimant par une confusion entre soi et autrui ou une « contagion intentionnelle » (Georgieff, 2005). L'existence d'anomalies des fonctions exécutives et de dysfonctionnements frontaux (l'activité frontale inhiberait normalement ces processus d'identification) dans cette pathologie renforce cette hypothèse.

Des travaux expérimentaux sont en faveur de l'existence de troubles de la reconnaissance et de la compréhension des états mentaux d'autrui dans la schizophrénie. Ce dysfonctionnement a des expressions cliniques sensibles, dans la communication verbale et non verbale. On peut redéfinir aujourd'hui ces troubles bien décrits par les approches cliniques et phénoménologiques (le « contact » psychotique, marqué par la bizarrerie, l'hermétisme ou l'étrangeté, etc.),

comme des anomalies de la pragmatique de la communication, c'est-à-dire de l'ajustement comportemental, mental et verbal (pensées, langage, affects, comportement moteur) à l'autre dans l'interaction, ajustement continu qui repose, comme nous l'avons vu, sur les cognitions sociales (ou TOM). Les interactions sont en effet continûment régulées non seulement par les réponses, les comportements et émotions que nous percevons chez notre interlocuteur, mais aussi par les émotions, intentions et croyances (les états mentaux) que nous prêtons à cet interlocuteur, en les anticipant. Un trouble de l'accès à la vie mentale d'autrui, qu'il touche la reconnaissance et l'interprétation des signaux comportementaux et verbaux renseignant sur l'activité mentale de l'interlocuteur, ou la capacité à anticiper cette activité mentale, peut donc gravement perturber communication et interactions sociales, comme cela semble être le cas chez les patients atteints de schizophrénie.

L'autisme infantile et ses troubles de la réciprocité sociale posent bien sûr le problème d'un possible échec précoce de ces mécanismes, de l'impossibilité d'exploiter une « psychologie naïve », qui contraste avec une appréhension souvent préservée du monde physique et de ses lois. De ce trouble précoce de l'empathie (que S. Baron-Cohen nomme « cécité mentale », c'est-à-dire cécité pour l'activité psychique de l'autre – *« mind blindness »* –, mais que nous définirions plutôt comme une sorte de « négligence » – *« mind neglect »* –, au sens du terme de négligence pour la neuropsychologie) découleraient des altérations de la constitution de la représentation de soi et de l'autre. Cependant, les données expérimentales plus rares semblent montrer que, contrairement à l'hypothèse intuitive d'un trouble majeur de l'empathie ou d'une négempathie innée, les processus de résonance motrice et émotionnelle reposant sur les « systèmes miroirs » ne seraient pas altérés, de même que l'imitation est possible. La spécificité des troubles de l'accès aux états mentaux d'autrui (TOM ou cognition sociale), notion pourtant éclairante pour la clinique, est par ailleurs contestée par la thèse qui considère que ces troubles sont la conséquence non spécifique de troubles des fonctions exécutives (contrôle et inhibition des processus mentaux et de l'action), ou de troubles plus élémentaires de l'intégration perceptive qui expliqueraient directement en revanche les talents paradoxaux et les centres d'intérêt restreints (Mottron, 2004). Cependant, il a été récemment montré chez des sujets autistes des dysfonctionnements touchant le cortex temporal, notamment des zones spécialisées dans l'analyse des informations sociales humaines (voix) (Zilbovicius *et al.*).

8. L'intersubjectivité du point de vue des neurosciences

L'apparition des « cognitions sociales » (quelles que soient les critiques que l'on peut adresser à juste titre à cette appellation) ouvre, dans la psychologie « scientifique » (psychologie expérimentale, cognitive, neuropsychologie, neurobiologie, sciences du développement), un champ jusqu'ici ignoré et réservé à la psychologie clinique, à la psychanalyse et à la psychologie sociale, tant que le fonctionnement mental ou « cognitif », jugé digne d'être relié au cerveau, était réduit au puzzle de la perception, de l'attention, de la mémoire, du langage et de la motricité, réduisant les « fonctions supérieures » à la conscience. L'intérêt de la notion de TOM est de poser clairement aujourd'hui dans le champ des sciences de l'esprit cette question fondamentale : en quoi consiste la propriété de l'esprit qui assure l'attention à l'autre et la représentation de l'esprit par l'esprit, la « lecture de l'esprit » (« *mind-reading* » selon S. Baron-Cohen [1995]) ?

Pour des raisons méthodologiques et conceptuelles, les sciences objectives du cerveau et de la vie mentale se sont en effet consacrées, jusqu'à ces dernières années, seulement à l'étude d'un sujet et d'un cerveau en rapport avec l'environnement physique et matériel. La prise en compte de la relation interindividuelle (et notamment les travaux sur le développement précoce) les conduit à abandonner cette vision solipsiste, et à renouer avec une approche interactionniste (Cosnier, 1998). Le cerveau n'est plus en relation seulement avec le monde physique, il interagit avec d'autres cerveaux, analyse et représente des états mentaux. De même, les comportements étudiés ne sont plus seulement ceux par lesquels le sujet interagit avec l'environnement physique, mais sont des comportements « sociaux » (langage, actes de communication et actions relationnelles), dirigés vers l'autre ou vers l'action de l'autre, et qui ont pour but de susciter ou modifier chez autrui ses actions, intentions et états mentaux (Georgieff, 2000). Or, c'est précisément ce registre comportemental qui est l'objet principal de la clinique psychopathologique, en particulier des états psychotiques.

Les notions de théorie de l'esprit ou d'empathie introduisent ainsi dans le répertoire des fonctions et processus cognitifs une nouvelle dimension fonctionnelle liée à la représentation d'autrui. Cet autrui pourrait être inscrit en quelque sorte dans la structure même du codage de l'action, pour les actions sociales et intentionnelles, et également dans l'organisation fonctionnelle cérébrale, comme nous l'avons vu plus haut (les « systèmes de l'autre »).

Il faudrait introduire ici un lien entre cette organisation et la notion d'attachement. Ces travaux rejoignent surtout la notion d'un « autre virtuel » (Trevarthen, 1993), postulant le rôle d'une représentation innée d'autrui dans le fonctionnement mental individuel, qui assurerait dès la naissance la régulation de l'intersubjectivité et des comportements d'interaction par l'anticipation permanente des réponses de l'autre aux comportements du sujet. Selon Trevarthen, le développement neurobiologique précoce repose sur une capacité innée du bébé à se représenter, dans l'interaction, les comportements d'autrui et à les anticiper, ces représentations assurant une régulation des propres comportements du bébé. Ces aptitudes innées du sujet humain à interagir avec autrui dépendraient d'un système neurobiologique et cognitif (*innate motive formation* [IMF]) décrit par C. Trevarthen (1993). L'IMF est un système régulateur du développement qui prédispose l'individu à l'intersubjectivité et génère les conduites intersubjectives grâce à l'intériorisation d'un « autre virtuel » permettant l'anticipation de ses réponses. Les recherches développementales éclairent ainsi les sources de l'aptitude intersubjective qui destine le psychisme du sujet à représenter l'autre et son activité mentale. Rappelons seulement ici que, selon une autre perspective, plus clinique, Fonagy a décrit un système relativement analogue : le mécanisme interprétatif interpersonnel.

Cette perspective confère à la représentation de l'autre une fonction fondamentale non seulement dans le développement, mais ensuite dans la production et l'organisation de l'action et de la vie mentale. Comprendre et anticiper le comportement d'autrui devient, pour les neurosciences cognitives, une fonction fondamentale de l'esprit et du cerveau, peut-être développée dans l'évolution à partir des systèmes neurocognitifs spécialisés dans la représentation des actions motrices et de leurs intentions, et dont dépendrait de manière ultime (dans le développement humain comme l'évolution) la structure de la pensée et du langage. Il ne s'agit pas en effet pour le sujet de connaître ou « percevoir », empathiquement, autrui selon une perspective passive et contemplative, mais d'anticiper les états intentionnels d'autrui, de les lui attribuer en fonction de ses attentes et buts propres, des plans d'action dans lesquels il est engagé. La connaissance des états intentionnels d'autrui vient confirmer ou infirmer ces attentes ou hypothèses sur les états intentionnels d'autrui.

La pragmatique de la communication suggère enfin que l'usage du langage implique l'accès aux états mentaux et intentionnels d'autrui, accès qui est la condition de la métaphore et plus largement de la polysémie. L'accès au « vouloir dire » du locuteur apparaît

aussi nécessaire pour le comprendre que l'anticipation des états mentaux de l'interlocuteur ; son « pouvoir comprendre » est nécessaire pour produire le discours qu'on lui adresse. S'ouvre ainsi un champ de recherche peut-être susceptible d'éclairer les mécanismes de l'échange de pensée et de langage propre à la situation psychanalytique (la copensée), et au mécanisme psychothérapique.

9. Vers un paradigme des fonctions en psychopathologie ?

Est-on en droit de s'interroger sur l'émergence d'un nouveau paradigme en psychopathologie, après ceux successivement (selon Lanteri-Laura et del Pistoia, 1994) de l'aliénation, de la maladie mentale, enfin des grandes structures, paradigme qui serait celui d'une physiopathologie des fonctions psychiques définies de manière interscientifique ? Ou doit-on rester critique à l'égard d'une nouvelle psychologie des facultés (psychopathologie de la volonté, de la conscience de soi, de l'intention, de l'intersubjectivité, etc.), dont la référence aux neurosciences et au cerveau masquerait la nature arbitraire, voire le caractère latent de psychologie naïve ou populaire[1] ? En effet, les données issues des travaux expérimentaux restent tributaires de la pertinence de la question posée en termes psychologiques à l'exploration du fonctionnement cérébral, et toute question trouve ici une réponse par l'image. L'on doit se demander s'il est possible de formuler ces questions dans d'autres termes que ceux de la psychologie « naïve », et donc si une psychologie scientifique, au sens où elle dépasserait cette limitation naturelle, est possible. Or c'est encore dans ces termes que continuent d'être définis les objets cliniques, définition sans laquelle il ne saurait y avoir de démarche neuroscientifique en psychopathologie, l'approche expérimentale ne pouvant s'appuyer que sur la démarche clinique qui lui soumet ses objets d'étude. La démarche dans son ensemble reste donc prisonnière d'une psychologie « populaire » ou philosophique, ce que le retour à une théorie de l'empathie, issue de la théorie de l'esthétique, ne conteste pas.

Cependant, on peut remarquer que ce bref survol, quoique incomplet, dégage deux problèmes centraux pour la psychopathologie : la compatibilité entre approches cliniques et expérimentales,

1. On entend par le terme qui traduit *folk psychology* à la fois l'attribution spontanée d'états intentionnels à autrui, c'est-à-dire la psychologie mise en œuvre implicitement par chacun de manière habituelle pour comprendre autrui et expliquer ses conduites (qui repose donc sur la fonction de « théorie de l'esprit »), et la représentation du fonctionnement mental partagée dans une culture donnée.

et de manière complémentaire, l'existence d'un objet commun et la nature de cet objet. Parmi les multiples manières de traiter la complexité représentée par la juxtaposition, dans le champ psychopathologique, de modèles et discours hétérogènes relevant des deux démarches, clinique et expérimentale, nous avons choisi, à tort ou à raison, de suivre le fil de l'intersubjectivité ou de l'interaction psychique. D'une part, parce qu'elle s'impose comme ce qui permet de délimiter un champ qui semble pertinent pour l'étude des faits psychopathologiques par les sciences expérimentales ; d'autre part, parce qu'elle peut apparaître comme l'objet commun à celles-ci et à l'approche clinique, et donc comme l'objet de la psychologie.

10. Approches cliniques et approches expérimentales : l'interaction psychique comme objet commun ? Le cas de la psychanalyse

Les travaux que nous venons de décrire nous invitent à rapprocher psychopathologie clinique et neurosciences, ou approches cliniques et approches expérimentales, autour d'un objet commun ou en partie commun, que l'on pourrait définir comme inter- ou copsychique, ou comme la réaction psychique à un autre psychisme.

Sans retracer l'histoire de la psychopathologie clinique et en particulier de la psychanalyse, rappelons que la définition de son objet reste une question majeure, toujours débattue et dont on peut souligner quelques implications. La première concerne la scientificité de l'approche clinique et la nature de la connaissance clinique. Le débat le plus exemplaire a pour objet la scientificité de la psychanalyse, que nous prendrons ici comme paradigme de l'approche clinique. Il est manifeste que le positivisme de Freud le conduit à revendiquer pour la psychanalyse le statut d'une science d'observation, donnant accès à l'organisation d'un appareil psychique qui est celui du patient. En ce sens, la métapsychologie est une psychologie des profondeurs certes, mais une psychologie de l'individu. Dans le même temps, la question du copsychique ou interpsychique réapparaît bien sûr sous l'aspect de la suggestion, du contre-transfert ou de la télépathie ; et les développements ultérieurs de la psychanalyse conduiront à la reconnaissance progressive de la part « active » prise par l'activité psychique de l'analyste dans la construction d'un objet de la psychanalyse qui ne peut dès lors être réduit au psychisme du patient mais pourrait avoir la nature d'une coconstruction, objet authentiquement nouveau ou « tiers ».

Ce processus de construction dans « l'ici et maintenant » de l'échange psychique entre l'analyste et le patient, ainsi que ses effets

seraient alors à proprement parler l'objet de la théorie psychanalytique. Parmi de nombreux auteurs ayant contribué à la description de cette dimension « tierce » de la réalité psychanalytique, D. Widlöcher a proposé la notion de copensée pour définir ce qui est selon lui un processus sous-tendu par la dynamique transférentielle et contre-transférentielle, qui repose sur l'empathie, et par lequel la pensée de l'analyste est « occupée » par celle du patient[1]. Nous évoquerons également la notion d'empathie métaphorisante, qui pousse l'analyste à proposer les mots ou images suscités en lui par l'activité psychique du patient, selon Lebovici.

Le problème de la nature de l'objet de la clinique psychanalytique a des implications directes pour la question de la scientificité de la psychanalyse. Les débats suscités par l'interprétation psychanalytique, et par les critères de validation qui pourraient lui être appliqués, le montrent et notamment l'argumentation de Popper, démontrant la non-falsifiabilité de la théorie psychanalytique, ainsi que la critique fondamentale de Grünbaum portant sur le « *tally argument* » ou « argument d'adéquation »[2] (Jeannerod et Georgieff, 2000). Or, les critiques de Popper et Grünbaum supposent implicitement que l'analyste est en position d'observateur du psychisme du patient, que l'interprétation psychanalytique constitue une hypothèse sur ce psychisme, que la découverte de l'inconscient relève d'une démarche ordinaire de connaissance d'un objet (et donc prétendument « scientifique »). De ce point de vue, ces critiques témoignent d'une acceptation implicite de « l'utopie scientiste » de Freud (Widlöcher, 1996), qui tend à définir la psychanalyse comme une science d'observation. Ces critiques perdent leur portée si on prend en compte le fait que l'activité psychique de l'analyste lui-même appartient à l'objet exploré, c'est-à-dire en reconnaissant l'importance du contre-transfert ou du fait de « co-pensée » dans la construction de la scène analytique. La question est en effet de savoir ce que l'on entend par « observation du psychique » d'autrui : perception d'un objet externe comparable à celle d'un phénomène physique, ou expérience d'une activité psychique propre modifiée par

1. « Il faut pleinement assumer l'idée que l'objet de connaissance en psychanalyse résulte d'une interaction entre deux activités psychiques ; L'objet est la communication psychanalytique avec ce qu'elle a de spécifique » (Widlöcher, 1996, p. 174).
2. Pour Freud, c'est en définitive l'efficacité de la méthode thérapeutique, le processus de changement produit par l'analyse, qui constituerait la preuve la plus concluante de la théorie dans son ensemble. Grünbaum réfute cette argumentation de nature clinique, qu'il appelle « argument d'adéquation » (« *tally argument* »). Elle est en effet, selon lui, fondée avant tout sur une convergence de données inductives, alors que la preuve de la véracité des hypothèses freudiennes (par exemple, l'existence d'un refoulement, son rôle dans la genèse de la névrose, sa transformation au cours du processus analytique) devrait, pour être convaincante, provenir de données extracliniques.

celle d'autrui dans le processus empathique ou de copensée. Ce que la psychanalyse a pris en compte en reconnaissant que l'inconscient est aussi à l'œuvre chez l'analyste. L'interprétation psychanalytique n'est plus alors une hypothèse dont on doit éprouver la falsifiabilité, mais un fait clinique, un élément même du processus psychanalytique. La pensée de l'analyste, comme celle du patient, apparaît alors constitutive de l'objet de la psychanalyse ; elle n'est pas un savoir sur le psychisme du patient. L'interprétation n'est pas vraie ou fausse, elle a des effets ou non sur le cours de l'activité psychique du patient, et même de l'analyste. On peut prendre ici pour exemple la notion de fantasme inconscient, « inventé » plutôt que « découvert » selon S. Viderman (1970) qui a souligné le caractère illusoire d'une vision psychologique naturaliste et réifiante, qui ferait de cette réalité construite un objet mental préexistant à sa découverte. La démarche psychanalytique obéit plus, de ce point de vue, à une logique de création que d'observation ou de découverte.

Dès lors, la question de la démonstration de la preuve de la véridicité des constructions et interprétations de l'analyste, preuve qui ne peut être trouvée que dans l'histoire événementielle du patient (comme le montre la quête de Freud dans « L'homme aux loups »), est un faux problème. La recherche de preuve historique ne répond d'ailleurs pas à des motifs réellement cliniques ; elle semble surtout recherchée par Freud pour répondre aux critiques épistémologiques, et pour défendre une scientificité de la psychanalyse en tant que science d'observation (ce qui suppose d'écarter l'influence de l'analyste sur l'objet étudié ou découvert). Mais l'impossibilité de démontrer l'absence de l'influence de l'analyste dans le processus ne pose problème que tant que le psychanalyste est supposé être un observateur de l'activité psychique du patient. La critique perd en revanche sa pertinence si on considère que l'analyste est non pas un observateur, mais un acteur participant avec le psychisme du patient à la construction d'un objet spécifique (Jeannerod et Georgieff, 2000).

Cette perspective que l'on pourrait dire « constructiviste » a parfois conduit à récuser la portée naturaliste de la psychanalyse, comme si le fait que l'objet soit coconstruit lui enlevait de la réalité ou, plus exactement, de la positivité. Le copsychique a en effet souvent été identifié au sens dans une perspective dualiste. Dans le long débat qui a opposé tenants de la psychanalyse comme herméneutique, invitant à abandonner toute prétention naturaliste de la métapsychologie et à l'écarter au profit d'une science du sens, et tenants d'une psychanalyse naturaliste contribuant à une connaissance psychologique positiviste (des faits mentaux), cette perspective a donc plus souvent renforcé les

arguments des « herméneutes », et nourri leurs critiques adressées à la métapsychologie considérée comme le reliquat d'une utopie naturaliste freudienne qu'il faudrait abandonner.

Il est vrai que reconnaître ce statut particulier de coconstruction à l'objet remet en cause la prétention de la psychanalyse à éclairer de manière objective le fonctionnement psychique du sujet. Pourtant, c'est seulement le cadre d'une psychologie individuelle, la possibilité d'une observation objective du psychisme qui est remise en question. Que l'objet de la psychanalyse soit construit par, ou entre, deux activités psychiques ne le rend pas moins réel, ne lui enlève aucune positivité. La nature de l'objet est seulement différente : il s'agit des réactions psychiques entre l'analyste et le patient, produites par la situation et la méthode, plutôt que de l'activité psychique « isolée » (au sens où l'on isole un objet d'étude dans une approche expérimentale) du patient. Ce n'est pas le projet d'une psychologie clinique naturaliste et positiviste (éclairant une réalité mentale) qui est critiqué, seulement son cadre. Il faudrait en effet seulement faire le deuil du projet d'une psychologie « individuelle » dont l'objet soit réduit à une activité psychique isolée. Mais pourquoi ne pas changer radicalement de perspective ? On peut se demander en effet si la méthode psychanalytique n'éclaire pas ainsi la nature même de l'objet d'une psychologie clinique quelle qu'elle soit : un objet qui implique l'activité psychique de « l'observateur ». L'objet de la psychologie ne saurait être autre chose, du fait de la méthode clinique, que les réactions produites entre l'activité psychique du sujet observant et celle de son « objet ».

Nous suggérons que les neurosciences cognitives apportent des arguments en ce sens, en dégageant les principes d'une étude de l'interaction psychique. On peut retenir des travaux cités plus haut que le psychisme est en effet doté de propriétés naturelles qui le conduisent à réagir électivement à l'action d'autrui (actes mentaux et comportements intentionnels), du fait de propriétés cérébrales et cognitives qui font de l'action ou intention (de soi et d'autrui) l'objet même du psychisme. L'activité mentale d'autrui est l'objet naturel de l'activité psychique, l'action et l'intentionnalité des objets privilégiés du cerveau. C'est le sens que l'on peut donner aux notions de théorie de l'esprit ou de *mind reading* (lecture de l'esprit), de cognitions sociales, de métareprésentations, d'anticipation des conduites d'autrui et d'attribution d'intentionnalité : animé par un mouvement inné, le psychique prend pour objet naturel et spécifique le psychique même, qu'il anticipe, puis infère des conduites, reconstruit et attribue, pour en retour réguler sa propre activité. Cette saisie de l'esprit par l'esprit

procède par empathie pour autrui ou de manière réflexive pour soi, générant une conscience d'autrui ou une conscience de soi dans le même mouvement. L'esprit est l'objet de l'esprit, comme le mental est un appareil à lire et interpréter le mental. L'activité mentale partagée (empathie) qui en résulte est une forme de copsychéité.

Une lecture réaliste de l'interaction psychique confère une positivité à l'« observation » clinique (bien qu'elle conteste le terme). Le sens donné à la conduite d'autrui, la compréhension de son intention ou de sa parole, ou le partage de ses représentations mentales, est à proprement parler (consiste dans la) réalisation d'un état mental en réaction aux actes mentaux ou conduites d'autrui. L'état mental du clinicien, produit en réaction aux états mentaux du sujet, est l'objet même de la pratique clinique. Si le champ des réactions psychiques réciproques entre soi et l'action mentale ou agie d'autrui (empathie, influence, attribution et anticipation d'intention) constitue l'objet partagé et coconstruit de la méthode clinique, les neurosciences peuvent contribuer à le concevoir par un regard extérieur porté sur la scène clinique. C'est le domaine encore peu exploré, et méthodologiquement complexe, des recherches objectives sur le processus psychothérapique.

L'approche naturaliste et expérimentale de cette propriété de l'esprit invite ainsi les sciences psychologiques cliniques à renoncer au mythe de l'objectivité de l'observation, pour traiter l'intersubjectivité ou la copsychéité qui fonde leur pratique comme une réalité objective (pour d'autres approches). La question posée par l'empathie est celle-ci : qu'est-ce que percevoir ou observer le psychique ? La méthode clinique, et notamment la psychanalyse, n'est pas de ce point de vue une science d'observation à proprement parler : « l'observation » du psychique est en effet plutôt une expérience impliquant des états mentaux propres ; elle repose sur des éprouvés, des expériences subjectives conscientes ou non, liés à l'interaction psychique.

Une démarche clinique repose ainsi sur la mise en œuvre de la fonction naturelle dite de « psychologie naïve » qui nous détermine à la lecture intentionnelle, à l'empathie ou à l'activité psychique partagée. Les états mentaux suscités par les conduites d'autrui dans les systèmes d'interprétation intentionnelle ou d'attribution d'intention sont certes dirigés vers (et causés par) l'activité psychique d'autrui, mais ils ne sont pas une observation, ni même une représentation ou description de cette dernière. La connaissance d'autrui n'est pas un savoir dont la véridicité pourrait être démontrée et relever de l'administration d'une preuve. Comment faire la preuve de la véridicité du

sens attribué à une conduite (par exemple, un lapsus) ? Ce sens ou cette intention n'est pas un objet doté d'une existence externe au fait psychique que constitue son « observation » : c'est, chez le sujet qui la perçoit, par l'interprétation même de la conduite, en tant que cette interprétation est une réaction psychique à cette conduite, que cette intention se constitue dans l'esprit de « l'observateur » ou de l'interprète plutôt (Dennet), en même temps qu'elle est attribuée à l'autre. Son existence comme objet public, en dehors de la scène mentale propre de l'observateur où elle se produit, reste indémontrable. L'étude du cas particulier de l'acte de langage, pour lequel la compréhension est déjà une interprétation, le démontrerait encore plus clairement. Le sens est l'objet même qu'il représente, il est « présentation » de l'objet même à la conscience, et non représentation d'une réalité externe au psychique (ce qui exclut la possibilité de la preuve).

Contrairement à l'évidence intuitive, il n'est donc pas sûr que la compréhension de l'action d'autrui constitue un jugement ni une hypothèse qui s'offre comme tels à une possibilité de critique dialectique et de vérification. La psychologie naïve est une psychologie du sens qui ne peut fournir de preuve de la validité explicative causale de ses hypothèses ; elle est l'exercice d'une fonction. L'influence de cette psychologie « naïve ou populaire » sur les modèles cliniques, mais aussi sur ceux de la neuropsychologie, se traduit d'ailleurs par l'adoption d'un même dualisme explicatif dans l'interprétation intentionnelle de l'action : explication causale de la conduite par le sens ou l'intention qui confond pourtant, comme nous l'avons vu, causalité de production et causalité logique de la conduite. Elle se traduit enfin toujours par l'adoption, par la psychologie des neurosciences comme par la psychologie clinique et la psychiatrie, d'un langage phénoménologique largement arbitraire (la conscience, l'émotion, la perception, la mémoire, la volition, etc.), auquel les données des recherches expérimentales et de la neurobiologie n'ont pas encore apporté de modifications majeures. Il reste à déterminer s'il s'agit là d'obstacles à une psychologie scientifique, ou d'une simple contrainte.

L'implication de l'activité psychique de l'observateur dans l'objet de l'observation n'est d'ailleurs pas propre au processus psychothérapique. On peut l'observer également dans la construction de la clinique psychiatrique : que sont en effet la bizarrerie ou l'étrangeté identifiées par la sémiologie de la schizophrénie, sinon des réactions mentales du clinicien aux troubles des « cognitions sociales » (des mécanismes d'ajustement aux états mentaux d'autrui) et de la pragmatique de la communication qui désorganisent la communication

du sujet schizophrène ? Les états mentaux induits chez l'observateur par les anomalies comportementales psychopathologiques (ici, en l'occurrence, la production d'états d'incongruence cognitive dans l'esprit de l'observateur) s'inscrivent ainsi dans l'objet clinique et appartiennent, en quelque sorte, au fait psychopathologique décrit cependant et à tort comme « extérieur » à l'observateur. Les sciences cognitives proposent d'expliquer la constitution de cette expérience d'étrangeté qu'on a longtemps appelé le « contact » schizophrénique et qui relèverait d'une perturbation de l'empathie et de la pragmatique de la communication.

On observe peut-être ici une caractéristique qui distingue les sciences expérimentales (reposant sur des dispositifs empiriques) des sciences cliniques en tant que celles-ci appartiennent aux sciences de la pratique relationnelle ou sciences de l'action, et reposent sur une forme d'interaction psychique. Les premières définissent des faits ou événements indépendants de l'activité psychique de l'observateur, au sens ou tout autre observateur peut accéder également à ces mêmes faits. Les secondes définissent des faits partiellement ou entièrement dépendants de l'activité psychique de « l'observateur » et de l'interaction entre elle et celle que ce dernier « observe ». Les théories liées à ce type de science inductives ne permettent pas de vérifier une hypothèse par sa mise à l'épreuve des faits, mais elles apportent une intelligibilité à des phénomènes complexes, et tirent de l'observation répétée des faits un modèle qui éclaire la pratique. Elles n'ont pas de caractère prédictif ni causal au sens expérimental du terme, mais leur scientificité relève d'une vérification par la pratique.

Il n'est donc peut-être pas nécessaire que la psychanalyse réponde à la critique faite à Freud par Fliess, critique selon laquelle l'invérifiabilité des constructions et interprétations de l'analyste expose celui-ci à être considéré comme un « lecteur de pensée », projetant ses propres constructions mentales dans le psychisme du patient (Meehl, 1994). Le psychanalyste est bien un « lecteur de pensées » ; cette formulation, et donc la reconnaissance de l'engagement entier de la subjectivité (consciente et inconsciente), c'est-à-dire de l'activité psychique propre de l'analyste, dans la construction de l'objet de connaissance (fantasmes et représentations inconscients), apparaissait menaçante, épistémologiquement, à Freud, parce que celui-ci adhérait au modèle d'une science de l'observation (et donc au critère de la démonstration de preuve de l'explication causale qui vaut pour ces sciences), et parce qu'il méconnaissait l'importance de l'interaction psychique dans sa pratique. Aujourd'hui, non seulement cette nature d'objet construit et cette interaction psychique sont reconnues, mais de plus le processus

de « lecture de pensée » (« *mind reading* »), c'est-à-dire de TOM, est devenu un objet central des sciences objectives et expérimentales de l'esprit et du cerveau. La reconnaissance de la coactivité psychique au cœur de la pratique psychanalytique et psychothérapique ne menace donc pas celle-ci, mais l'inscrit (avec d'autres pratiques cliniques et psychothérapiques) dans le champ des sciences de l'esprit contemporaines, à la fois comme objet d'étude (paradigmatique de l'empathie ou de la copensée et de ses effets) s'offrant à un regard extérieur (et lui reconnaissant donc le statut d'objet réel susceptible de nous instruire sur les mécanismes de l'esprit), et comme méthode exploitant de manière systématisée les processus d'interaction psychique et de copsychéité pour constituer une source de connaissance sur le psychique et y induire des changements.

11. Conclusion

Psychopathologie et neurosciences s'articulent au moins à deux niveaux : d'abord, par la compréhension des mécanismes neurobiologiques et cognitifs qui sous-tendent les faits cliniques, de mieux en mieux connus et décrits, à différents niveaux d'organisation du fonctionnement mental et du comportement. Ensuite, par l'existence d'un objet commun aux approches cliniques et expérimentales neuroscientifiques en psychopathologie, en tenant compte cependant des différences entre les langages de description et les réalités construites (des « objets » différents au sens d'objets construits par chaque méthode). L'hypothèse selon laquelle les démarches psychopathologiques clinique et expérimentale partagent un objet commun, l'intersubjectivité ou copsychéité, n'est pas incompatible avec le fait que la première exploite les propriétés mêmes de cet objet pour le connaître (et induire des changements), alors que la seconde l'étudie de manière objectivante, d'autant qu'elle s'y soustrait. Cette perspective n'exclut bien sûr pas non plus l'existence d'un autre objet commun : le fonctionnement psychique individuel visé au fond par la démarche psychologique, auquel l'approche clinique donne accès à travers l'intersubjectivité, et qui reste un des principaux objets d'étude directe des neurosciences et sciences cognitives. Il nous a semblé utile de mettre l'accent sur les recherches consacrées aux cognitions sociales parce qu'elles apparaissent particulièrement pertinentes pour une part de la clinique psychopathologique et notamment les psychoses. Mais il est inutile de rappeler ce que la psychopathologie scientifique et expérimentale doit aux travaux consacrés à la mémoire, à l'attention, aux fonctions exécutives, à la prise de

conscience, étudiées selon les principes de la psychologie expérimentale et de la neuropsychologie, ainsi que l'apport de paradigmes comme celui de la plasticité neuronale (Ansermet et P. Magistretti, 2004). Il demeure que l'on peut s'interroger sur la pertinence des apports de l'étude d'un sujet artificiellement isolé, en relation avec un environnement seulement physique, pour la compréhension d'anomalies des conduites (les faits psychopathologiques) définies au plan de l'intentionnalité et de l'intersubjectivité. Les conditions d'une psychopathologie scientifique, aux bases cliniques et expérimentales, pourraient être réunies si deux mouvements symétriques se confirment : que les sciences objectives et expérimentales fondées sur l'observation s'attachent à décrire l'objet naturel particulier que constitue l'interaction psychique ou copsychéité, objet de connaissance objective en même temps qu'instrument de connaissance propre à la méthode clinique ; alors que l'approche clinique reconnaîtrait ce qu'elle doit à l'interaction psychique plus qu'à l'observation dans sa représentation du psychisme. Ainsi l'intersubjectivité pourrait-elle rapprocher les deux méthodes et les deux sciences de l'esprit qu'elle a contribué, une époque, à éloigner.

PARTIE III

Les méthodes projectives en psychopathologie

C. Chabert, P. Roman

SECTION 1

Les épreuves projectives en psychopathologie de l'adulte

C. Chabert

Introduction

L'usage de la méthodologie projective s'inscrit dans une démarche d'ensemble spécifique des fonctions des psychologues cliniciens. Celle-ci ne saurait s'entendre comme une simple technique qui trouverait sa fin en soi : elle ne peut se développer et gagner son effectivité sans de solides connaissances en psychologie clinique et en psychopathologie.

Choix d'une psychopathologie psychanalytique

Les épreuves projectives ne recèlent pas *une* théorie du fonctionnement mental, même si leurs auteurs respectifs en appliquaient une. Dans les perspectives ouvertes par Roy Schafer aux États-Unis, et développées en France, dans les années 1960-1970, par Didier

Anzieu, Nina Rausch de Traubenberg, Vica Shentoub, nous avons poursuivi nos recherches et nos enseignements en donnant le privilège aux modèles du fonctionnement psychique construits par la psychanalyse et la psychopathologie psychanalytique. Ce choix relève d'une prise de position déterminée par son adéquation et sa cohérence épistémologique, mais aussi d'un engagement personnel, implication inéluctable dans une démarche *clinique* qui, pour être considérée comme telle, doit reconnaître la place de la subjectivité et sa participation à cette entreprise.

Il s'agit de dégager les conduites psychiques sous-jacentes aux opérations mobilisées par les épreuves projectives en ayant recours au modèle de l'appareil psychique élaboré par Freud. Pour ce faire, nous revenons aux sources, c'est-à-dire aux concepts et aux notions de base, considérés comme classiques.

Caractéristiques de la méthodologie projective

La méthodologie projective permet d'instaurer une situation clinique originale dont les trois caractéristiques principales peuvent être résumées ainsi : la situation projective est une situation relationnelle, nouée par la rencontre entre un individu généralement en état de souffrance et un psychologue. Cette rencontre mobilise des mouvements transférentiels et contre-transférentiels qui constituent la « clinique » de la passation. Les épreuves projectives sollicitent l'expression verbale, et cette caractéristique langagière et discursive rend presque naturelle la référence à la notion essentielle de contenu manifeste et de contenu latent dans l'analyse du discours du sujet. Enfin, les épreuves projectives impliquent une double sollicitation perceptive et projective : le matériel se présente sous forme de données sensorielles perceptives qui font appel à « l'objectivité », soutenue par des conduites cognitives et adaptatives ; mais ce matériel, au-delà de ses formes ou de ses figurations manifestes, sollicite, par son ambiguïté, des mouvements subjectifs, soutenus par des conduites projectives.

L'hypothèse centrale est que les opérations mentales mises en œuvre au cours de la passation des épreuves projectives sont susceptibles de rendre compte des modalités de fonctionnement psychique propres à chaque sujet dans leur spécificité mais aussi dans leurs articulations singulières.

Rorschach et TAT

La connaissance du matériel constitue une référence indispensable, puisqu'il fait partie intégrante du cadre. Les notions de contenus manifestes et de contenus latents sont appliquées à l'analyse du matériel des tests, essentiellement aux deux méthodes projectives les plus utilisées et bien sûr les plus connues, c'est-à-dire le Rorschach et le TAT (*thematic apperception test*). C'est en effet l'aller-retour permanent entre Rorschach et TAT qui nous a conduit à en retenir la complémentarité, leur éventuelle antinomie présentant plutôt, à notre avis, l'extrême avantage d'une mise à l'épreuve d'un test par l'autre, ce qui finalement confère à l'investigation psychologique une fiabilité plus grande.

Diagnostic psychopathologique

La conception du fonctionnement psychique telle que la transmet le corpus freudien, dans l'affirmation de la continuité du normal et du pathologique, constitue le fondement de notre démarche. C'est dans cette perspective que la question du diagnostic psychopathologique nous intéresse également, diagnostic compris au sens le plus large du terme : il s'agit en effet de saisir les modalités de fonctionnement dont dispose la psyché d'un sujet, afin d'envisager avec lui et pour lui les recours thérapeutiques qui lui permettent de vivre au mieux de ses possibilités. Au sein de la psychopathologie psychanalytique, nous choisissons de traiter trois systèmes conflictuels essentiels : celui de la névrose, celui de la pathologie des limites et du narcissisme, celui de la psychose, en considérant pour chacun les problématiques qui en constituent le noyau. Mais nous nous efforçons aussi de dégager, dans les pathologies les plus extrêmes, ce qui peut constituer un point d'appui, une relance, une revitalisation du fonctionnement psychique.

Les épreuves projectives en effet, si elles sont sensibles aux manifestations morbides dès leurs engagements cliniques, sont également sensibles à tout ce qui peut constituer le signe, voire l'indice de mouvements progrédients. Cette fois encore, c'est la référence à la psychanalyse qui anime nos conceptions de la dynamique du fonctionnement psychique, de ses mouvements régressifs, de ses désorganisations, mais aussi de ses potentialités de reconstruction et de réorganisation.

CHAPITRE 24
Situation projective

1. Clinique des tests projectifs

Depuis de nombreuses années, les cliniciens s'attachent à dégager les caractéristiques majeures qui organisent la situation projective, le « cadre » projectif, au même titre qu'ont pu être définis le cadre analytique ou le cadre de l'entretien clinique. Le point commun à toutes les épreuves projectives réside dans la qualité particulière du matériel proposé, à la fois concret et ambigu, dans la sollicitation d'associations verbales à partir de ce matériel et, enfin, dans la création d'un champ relationnel original entre le sujet et le psychologue clinicien grâce à l'objet médiateur que représente le test.

Le but des épreuves projectives est de permettre une étude du fonctionnement psychique individuel dans une perspective dynamique, c'est-à-dire en s'efforçant d'apprécier à la fois les conduites psychiques repérables et leurs articulations singulières ainsi que leurs potentialités de changement. La question princeps qui ordonne tout travail sur les tests projectifs revient à s'interroger sur les opérations mentales mises en œuvre au cours de la passation, avec l'hypothèse qu'elles traduisent le mode de fonctionnement psychique du sujet. C'est ici qu'interviennent les références théoriques qui constituent le cadre d'interprétation des données. Les tests projectifs, en effet, ne contiennent pas intrinsèquement un modèle théorique spécifique, même si leurs auteurs respectifs en disposaient : une orientation phénoménologique, génétique, caractérologique, cognitiviste ou une approche sociologique, ethnologique, psychiatrique, psychopathologique peuvent leur être appliquées.

Le choix du modèle psychanalytique relève d'une position nettement définie concernant les fondements théoriques de l'étude du fonctionnement psychique : nous nous situons dans le domaine de la psychanalyse appliquée, ce qui nous conduit à réélaborer les concepts que nous empruntons afin de les utiliser dans le champ particulier de la psychologie projective.

1.1. Utilisation des épreuves projectives

Il faut fermement souligner que la participation de l'étude projective à des fins d'évaluation diagnostique, en psychopathologie, engage cette procédure d'investigation dans une démarche thérapeutique à moyen terme. Entendons-nous bien : la passation des épreuves projectives ne constitue pas une étape de « soins » en elle-même ; elle permet de recueillir des informations approfondies, qualitativement difficilement accessibles dans des tableaux cliniques complexes et, à ce titre, s'associe aux autres méthodes d'investigation dont la visée est bien d'établir un projet thérapeutique pertinent. À cet égard, l'utilisation d'épreuves projectives offre un recours précieux chaque fois que la clinique est floue, ou que se pose la question d'un diagnostic différentiel, essentiel à établir s'il implique des modalités de traitement thérapeutique spécifique.

En fait, les indications d'examen projectif sont multiples et variées et on peut avoir quelques difficultés à en dégager les caractères communs. Le plus évident paraît être, pour employer un mot à la mode, la « demande » d'un individu qui souffre et le manifeste par des symptômes, des conduites ou des plaintes entraînant une consultation ou une hospitalisation. Dans ces contextes, la proposition de tests projectifs est tout à fait justifiée, même si elle offre une voie détournée dans ses modalités de réponse à l'attente manifeste du sujet. Il est rare, même si cela arrive de plus en plus souvent, que quelqu'un réclame directement un examen psychologique. Mais il est rare aussi qu'une passation se fasse sans bénéfice pour celui qui l'accepte, peut-être simplement parce qu'il trouve un lieu d'expression où l'écoute par l'autre et le prétexte de l'épreuve lui permettent de parler de ce qu'il est, vit et ressent sans vraiment le savoir.

Par ailleurs, l'utilisation des épreuves projectives dans le domaine de la recherche en psychologie clinique et en psychopathologie offre une méthodologie extrêmement précieuse et féconde. Les épreuves projectives s'inscrivent dans une situation clinique relativement stable et contrôlée (le matériel proposé aux sujets est le même pour tous, les conditions de passation réglementées), si bien que l'on est en mesure d'attendre que se dégagent un certain nombre de constantes caractéristiques de telle ou telle population. L'analyse rigoureuse du matériel en termes de contenus manifestes et latents a permis de circonscrire d'une part les produits cognitifs considérés comme perceptivement adéquats, d'autre part les problématiques susceptibles d'être activées ou plutôt réactivées par chacun des tests. Enfin, le système d'analyse des protocoles par le recours à des grilles de cotation en permet un traitement à la fois quantitatif et qualitatif.

1.2. Situation projective et situation analytique : spécificité du cadre

Il est important de souligner la différence entre situation projective et situation analytique. La psychanalyse s'appuie sur une méthode mais, au-delà, fournit un modèle pour l'étude du fonctionnement psychique dans ses incidences les plus complexes, inscrites dans la dialectique du normal et du pathologique. Les données des épreuves projectives sont, elles aussi, susceptibles d'apporter des éléments de compréhension souvent très subtils et parfois décisifs dans la mise en place d'un diagnostic, sans pour autant, nous l'avons déjà souligné, fournir une méthode thérapeutique.

En ce sens, il n'est pas souhaitable que le même clinicien propose à la fois une investigation projective et une prise en charge thérapeutique. La formation requise n'est pas la même, dans la mesure où un psychologue clinicien n'a pas nécessairement une formation analytique qui, seule, autorise à s'engager dans des traitements psychothérapiques. Ce préalable admis, il est utile de définir clairement quelques paramètres qui permettent de situer le *cadre projectif*.

Le patient engagé dans une cure est invité à parler librement sans thème de départ, sans directive autre que celle de la règle fondamentale. Il fait part de ses pensées, associativement, au fur et à mesure qu'elles lui viennent avec les mots pour le dire. Il a devant lui un temps indéfini : la durée des séances est fixe, en général, mais le nombre de séances jamais déterminé à l'avance.

Le sujet en situation projective est invité à parler tout aussi librement, sauf que ses réponses doivent être associées à partir du matériel du test – ce qui constitue une première contrainte dans la prise en compte de la réalité externe, perceptive du stimulus – et, par ailleurs, il ne dispose que d'une séance pour la passation de chaque test, même si la durée de cette passation n'est pas limitée.

Il y a donc, comme dans la situation analytique, liberté et contrainte, mais les conditions n'en sont pas les mêmes. Certes, le matériel projectif est ambigu, mais il est sous-tendu par des contenus latents qui appellent la mobilisation de fantasmes et d'affects articulés par des problématiques dont les registres sont susceptibles d'être organisés par des conflits psychiques essentiels :

> Comme dans la situation psychanalytique, la consigne qui laisse au sujet la plus grande liberté est en même temps pour lui une contrainte. Il est condamné à être libre, c'est-à-dire à se révéler lui-même. (Anzieu, Chabert, 1983, 1992)

Par ailleurs, les deux règles fondamentales qui régissent le processus de la cure sont également présentes dans la situation projective, implicitement : règle de non-omission, règle d'abstinence.

Le psychologue adopte une attitude de neutralité bienveillante ; il ne suggère pas, il n'interprète pas, il ne juge pas (il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses). Il écoute le sujet, mais refuse de le prendre en charge.

La durée limitée des séances peut mobiliser un transfert positif ou négatif, parfois fort voire massif, mais si l'engagement est rapide, le dégagement l'est aussi une fois l'investigation finie et la séance de « restitution » achevée.

1.3. Les paradoxes d'une situation transitionnelle

Nous avons beaucoup insisté sur l'originalité de la situation projective dans sa double sollicitation imaginaire et perceptive (Chabert, 1983, 1987), ce qui pourrait s'entendre comme une injonction paradoxale : cette caractéristique apparemment contradictoire conduit à dégager une analogie entre l'interaction et les interférences des mécanismes mis en jeu par les tests projectifs et les phénomènes transitionnels décrits par Winnicott.

Dans *Jeu et réalité* (1971b), Winnicott développe, au-delà de la stricte définition de l'objet transitionnel – l'objet réel, peluche, chiffon ou couverture, investi de significations subjectives par le petit enfant –, la notion d'aire transitionnelle et d'espace potentiel : aire de l'entre-deux, à mi-chemin entre le réel et l'imaginaire, dont l'accès suppose l'acceptation du paradoxe, de la double appartenance – interne/externe, fantasmatique/perceptif – qui a permis la création de l'objet transitionnel. La capacité à jouer dans cet espace intermédiaire et à s'inscrire dans une aire d'illusion, au sein de laquelle la place de l'objet s'établit dans l'entre-deux, fonde paradoxalement la différenciation entre réel et imaginaire, entre dedans et dehors, entre monde interne et monde externe. Cette capacité va permettre la reconnaissance et le déploiement d'un espace psychique propre, constitutif du sentiment de continuité d'être, liaison temporelle nécessaire à l'intériorisation de la durée. En fait, dans les perspectives ouvertes par Winnicott et largement admises et développées par les psychanalystes d'aujourd'hui, l'aire transitionnelle et ses phénomènes concomitants servent de matrice à la création d'un espace psychique interne dans lequel s'originent la rêverie, l'illusion, l'aptitude à re-présenter un objet en son absence et donc tous les processus de pensée.

La situation projective est susceptible de solliciter des conduites qui impliquent un fonctionnement transitionnel dans la mesure où elle se définit par une double modalité des conduites psychiques mobilisées : référence au réel constituée par la matérialité du test ; recours à l'imaginaire, à l'illusion dans l'attribution projective de qualités à l'objet test. On peut considérer que le fonctionnement requis en situation projective suppose l'acceptation du paradoxe winnicottien : cette tache d'encre (au Rorschach) ou cette situation concrète (au TAT) est reconnue comme banale, voire triviale et, en même temps, investie de significations subjectives traduisant un scénario fantasmatique, un système de représentations et d'affects dont la connotation personnelle, intime et l'appartenance au domaine de l'illusion (et de la création) sont admises par le sujet.

On pourrait donc penser que le processus de la réponse qui débouche justement sur une production correspond à ce qui se passe dans la création-retrouvailles de l'objet transitionnel. Or, si le champ du transitionnel se déploie entre le subjectif et l'objectif, s'il est le champ de l'illusion soutenu par un paradoxe dont il importe qu'il soit accepté voire respecté, il instaure un « champ neutre d'expérience » qui seul permet l'*utilisation de l'objet*. Pour Winnicott en effet, le passage de la relation d'objet à l'utilisation de l'objet implique que le sujet délimite fantasmatiquement l'objet et que celui-ci survive à cette destruction fantasmatique.

En situation projective, cette possibilité d'utilisation de l'objet apparaît dans la capacité du sujet à se défaire de l'emprise perceptive pour s'approprier les formes (au Rorschach) et les scènes (au TAT) en leur assignant les marques de sa subjectivité : la malléabilité perceptive (au sens de R. Roussillon) permet ainsi de modifier le stimulus au gré des investissements projectifs. Cependant, l'« objet » « survit » en quelque sorte, car le sujet continue, en dépit du processus de transformation, à prendre en compte ses caractéristiques formelles, perceptives, « objectives ».

1.4. Incidences transférentielles

Avant toute définition, il faut rappeler que Freud n'a cessé de renouveler le questionnement sur ce point central de la psychanalyse, en s'efforçant notamment de poser des limites à ce phénomène qu'il parvient davantage à circonscrire dans les indications concernant la cure que dans les élaborations théoriques qu'il en propose pour en dégager la spécificité.

1.4.1. Les origines

C'est dans *L'Interprétation des rêves* (Freud, 1900) que la première acception psychanalytique du concept apparaît dans l'évocation *des* transferts. Ces transferts relèvent de déplacements déterminés par la nécessité pour l'inconscient de s'incarner, avant même d'être figuré, de l'impossibilité pour les émergences de l'inconscient d'apparaître comme telles, et donc des travestissements obligés qui en permettent l'expression dans les restes diurnes.

> La représentation inconsciente est tout à fait incapable, en tant que telle, de pénétrer dans le préconscient et elle ne peut y exercer un effet qu'en se mettant en connexion avec une représentation anodine qui appartient déjà au préconscient, en *transférant* son intensité sur elle et en se faisant couvrir par elle. C'est là le fait du *transfert* qui fournit l'explication de tant de phénomènes frappants de la vie mentale des névrosés. (Freud, 1900, p. 478-479)[1]

Commentant ce passage, J. Laplanche (1987, p. 243) insiste d'une part sur l'importance de l'hypothèse économique – c'est une énergie qui se déplace et se transfère –, et d'autre part sur l'assimilation explicite des transferts dans le rêve à ceux de la psychopathologie et donc de la cure.

Dans les *Études sur l'hystérie* (1895b), les déplacements sur le médecin sont décrits exactement de la même manière. Cependant, leur caractéristique, retrouvée notamment dans le cas Dora est que, tout en étant repérés, les transferts prennent Freud de court (et avant lui Breuer avec Anna O). Après coup, Freud se reproche de n'avoir pu empêcher l'interruption du traitement parce qu'il n'a pas tenu compte, à temps, de ces phénomènes.

> Que sont les transferts ? Ce sont de nouvelles éditions, des copies des motions et des fantasmes qui peuvent être éveillés et rendus conscients au cours de l'analyse et dont le trait caractéristique est de remplacer une personne antérieurement connue par la personne du médecin. Autrement dit, un nombre considérable d'états psychiques antérieurs revivent non pas comme états passés mais comme relation actuelle à la personne du médecin. (1905a, p. 86-87)

1.4.2. Transfert, transferts

Freud parle *du* transfert et en même temps d'*un* transfert parmi d'autres : il y aurait *le* transfert de base, que Freud conçoit d'essence paternelle, à ne pas démasquer, et *un* transfert relevant cette fois du déplacement d'une figure actuelle de la vie du patient sur la personne

1. C'est nous qui soulignons.

du médecin. Le transfert ne témoigne pas seulement d'une relation à deux, il ne se ferme pas sur la répétition d'une relation inscrite seulement dans le rapport entre l'analyste et le patient : le transfert est ouvert sur autre chose que lui-même. Il faut donc maintenir l'idée de transferts au pluriel : le travail analytique s'attache aux transferts, qui doivent être saisis un par un, sur le fond d'une relation de base, identifiée par Freud comme transfert de la relation au père à la relation au médecin.

La distinction fondamentale entre *les* transferts et *le* transfert doit être maintenue : il ne faut pas abandonner les premiers sous prétexte d'une évolution de la pensée freudienne stigmatisée par la découverte *du* transfert dans la névrose de transfert, même si celle-ci occupe le psychanalyste plus particulièrement en tant que produit de la cure dont les effets, en termes d'affects ou de résistances, retiennent particulièrement l'attention par l'impact à la fois nécessaire et gênant du phénomène.

On peut remarquer les formulations très divergentes, voire contradictoires que Freud a pu proposer quant aux fonctions du transfert : par rapport à la remémoration, le transfert constitue un obstacle et prend son sens de résistance, mais il permet en même temps, grâce à la répétition, que s'actualise dans l'ici et maintenant de la cure la problématique singulière du patient, notamment sa névrose infantile. Dans cette perspective, il offre un outil essentiel à l'analyste parce qu'il lui permet de se saisir de la conflictualité intrapsychique de l'analysant dans tous les déploiements du processus de la cure, en particulier dans la mise en scène des conflits en termes de désirs contradictoires portés par des instances en lutte les unes contre les autres.

1.4.3. Situation projective et phénomènes transférentiels

C'est Roy Schafer qui, le premier, introduit en 1954 la notion de transfert dans la situation projective. En référence directe au modèle psychanalytique, il définit un certain nombre de caractéristiques déterminant l'induction d'une relation transférentielle en insistant, notamment, sur la réactivation de *mouvements régressifs* entraînant une baisse du contrôle et l'émergence de conflits intrapsychiques et interpersonnels en termes de désirs et de frustrations.

En fait, il convient d'user de ce concept dans ses significations les plus larges comme mécanisme de *déplacement* d'affects et de représentations au sein de la relation avec le clinicien. Il faut se garder de l'entendre au sens le plus strict de ses fonctions dans la cure : sa mise en place, son déploiement, ses qualités ne peuvent se développer dans un contexte marqué par la limitation dans la durée. Bien évidemment,

il n'est pas question de névrose de transfert en cours de la passation d'épreuves projectives : c'est là en effet que se spécifient la dimension thérapeutique du transfert et son déploiement dans la cure.

Nous pouvons donc conserver la notion de phénomènes transférentiels en situation projective dans une double perspective : d'abord comme mécanisme de déplacement permettant l'expression de contenus et de procédures inconscientes à travers la médiation du matériel fourni ; ensuite dans la réactivation, en cours de passation, de modalités relationnelles particulières dont les références latentes sont inconscientes et généralement attachées aux imagos parentales.

À partir de ce point de vue, il est sûr que chaque passation mobilise des mouvements transférentiels singuliers, déterminés à la fois par des éléments conjoncturels (le contexte de la passation) et par des éléments structuraux inhérents aux modalités de fonctionnement psychique individuelles. La participation contre-transférentielle d'une telle rencontre trouve aussi ses incidences ; elle est déterminée à la fois par la qualité et le sens de l'investissement de sa fonction par le psychologue clinicien, par les caractéristiques de sa personnalité et par la mobilisation « exceptionnelle » de chaque situation de passation.

Cependant, ces mouvements doivent être respectés dans leur dimension privée et intime : la prise de conscience et la reconnaissance de l'existence des incidences transférentielles, caractéristiques des relations humaines si l'on accepte leurs implications inconscientes dans une situation clinique, doivent essentiellement intervenir dans l'intégration rigoureuse des différentes variables mobilisées en situation projective.

L'analyse des sollicitations manifestes et latentes du matériel projectif constitue un point d'appui « objectif » qui permet d'éviter des évaluations trop subjectives dans l'application des cotations et des interprétations trop projectives dans l'élaboration du diagnostic.

Le psychologue clinicien ne peut utiliser en effet les mouvements de transfert dans son travail avec le sujet en test, car il ne se permet pas de lui proposer des interprétations. Dans les différentes étapes d'une consultation projective, il ne peut, en aucun cas, se servir des manifestations perceptibles de phénomènes qui restent inconscients. C'est là, dans la technique même, l'une des grandes différences avec la cure, au sein de laquelle l'analyste peut s'étayer sur les processus transférentiels et contre-transférentiels qui constituent le moteur de l'entreprise.

Cependant, sans chercher à les identifier trop vite ou trop formellement, le clinicien doit savoir que ces phénomènes existent ; cela revient à la cohérence d'une pensée référée à la psychanalyse

puisqu'il s'agit en fait d'accorder place aux productions de l'inconscient. Il appartient à chacun de s'engager dans un travail d'approfondissement de l'implication personnelle dans le métier de psychologue et dans le choix de tel modèle théorique. L'utilisation des épreuves projectives dans des perspectives psychodynamiques trouve bien sûr des résonances du modèle métapsychologique dans *la méthode* : il serait incohérent d'adopter une conception du fonctionnement psychique articulée par la reconnaissance de l'inconscient, et d'établir une méthode de travail qui les négligerait totalement, une telle dérive supposerait des clivages redoutables entre la pratique clinique et la théorie. Or toute méthodologie implique, dans le corps même de ses procédures, la prise en compte des référents théoriques. Sans cette exigence de base, la pratique s'en tient à une approche phénoménologique et comportementale, ce qui peut se soutenir en référence à des modèles *théoriques* phénoménologiques et comportementalistes, mais ne peut en aucun cas s'articuler avec des modèles psychodynamiques, sans fourvoiement épistémologique.

2. Indications et contextes de la consultation projective

Évidemment, la qualité de l'investissement de la situation projective et les infléchissements transférentiels sont d'abord associés aux conditions dans lesquelles la passation des épreuves est proposée.

2.1. Difficultés et troubles psychiques

Dans les contextes de consultations pour difficultés et troubles psychiques, l'examen psychologique est en général prescrit par le médecin. Il s'inscrit alors dans une procédure d'investigation dont l'objectif essentiel est d'ordre diagnostique, avec toutes les implications thérapeutiques que cette visée exige. Il ne s'agit pas d'établir une étiquette psychopathologique mais d'apprécier l'ensemble des conduites psychiques du sujet afin de proposer une prise en charge, la plus adéquate possible : le type de troubles, l'âge, la situation familiale, sociale, professionnelle, enfin l'histoire du sujet constituent autant d'éléments à prendre en considération. La spécificité de l'examen psychologique réside dans l'offre d'un moment et d'un espace entièrement consacrés au sujet, dans la perspective clairement formulée d'essayer d'éclaircir, avec son aide et sa participation effectives, les éléments sous-jacents aux difficultés qu'il présente. En ce sens et même lorsqu'il y a prescription médicale, *l'accord du sujet pour la passation est indispensable*, à la fois pour respecter les

conventions établies par le Code de déontologie des psychologues, et pour répondre aux exigences éthiques personnelles qui régissent l'engagement *clinique* du psychologue, c'est-à-dire son engagement comme *personne* au-delà de son engagement dans ses fonctions.

L'examen psychologique en toutes situations d'exploration du fonctionnement psychique à des fins de consultation et de traitement thérapeutique relève donc clairement de ce temps nécessaire d'« observation » et d'investigation préalable à toute décision thérapeutique. À cet égard, il constitue une méthode associée à d'autres, et trouve là ses indications à la fois les plus fréquentes et les plus pertinentes. C'est la raison pour laquelle les psychologues qui utilisent les épreuves projectives à des fins diagnostiques dans les différents domaines de la santé doivent être des psychologues cliniciens diplômés et avoir suivi une formation spécialisée en méthodologie projective.

2.2. Recherche en psychologie clinique, en psychopathologie et en psychiatrie

Dans le champ de la recherche en psychologie clinique, en psychopathologie et en psychiatrie, la situation relationnelle est plus complexe : les sujets ne sont pas ouvertement demandeurs, même s'ils ont accepté activement de participer à une recherche qui les concerne – nécessairement. Les caractéristiques d'investissement de la situation et les modalités relationnelles avec le clinicien en sont évidemment infléchies. Cependant, les situations les plus fréquemment rencontrées en psychopathologie condensent demande d'aide et collaboration à la recherche : nombre de recherches menées en psychiatrie notamment sollicitent des sujets consultants ou hospitalisés. L'acceptation de la passation de tests à des fins de recherche est souvent déterminée par des motivations composites : curiosité personnelle, implication volontaire dans le désir de comprendre, sentiment d'obligation pour reconnaissance de soins positifs (dans le cas d'études après traitement). La condensation de ces différents éléments et de bien d'autres intervient de manière singulière et a des effets essentiellement individuels, auxquels le clinicien sera justement sensible dans la relation avec le sujet.

3. Modalités de passation

Les épreuves projectives sont proposées dans une perspective clinique. Cela suppose que la prise de contact avec le sujet, la mobilisation de la passation, la restitution des données de l'investigation sont

soutenues par des entretiens avec le sujet. Le psychologue clinicien doit donc être formé aux méthodologies de l'entretien clinique qui inscrivent les rencontres dans un cadre et des procédures définis.

Les épreuves projectives sont souvent associées à des tests d'efficience intellectuelle lorsque ceux-ci sont indiqués, et seulement dans ces cas. L'articulation et la synthèse des données permettent de montrer, toujours dans des perspectives psychodynamiques, que les modalités d'investissement et de fonctionnement cognitif sont très fortement intriquées avec l'ensemble de l'organisation psychique. Des écarts ou des convergences apparaissent entre l'évaluation psychométrique par les tests cognitifs et les potentialités ou les compétences intellectuelles susceptibles d'être repérées à travers les épreuves projectives.

Enfin, il est souhaitable de proposer deux épreuves projectives au sujet – en général, le Rorschach et un test thématique du type TAT. Il est préférable de rencontrer le sujet *au moins deux fois* : d'une part la passation des épreuves en est plus aisée, et d'autre part, comme dans toute situation clinique, la possibilité de saisir des changements même mineurs entre la première et la seconde consultation est très précieuse à la fois sur le plan relationnel, sur le plan éthique et sur le plan scientifique.

3.1. Consignes

En dépit de variations spécifiques à chaque épreuve et à chaque sujet, les consignes obéissent à un certain nombre de conditions de base. L'exigence à observer relève d'abord d'une double invitation en termes de perception et de projection impliquée par le matériel des épreuves projectives constitué par un matériel visuel à partir duquel des productions verbales sont attendues. Les consignes reprennent donc cette double sollicitation ; au Rorschach : « Je vais vous montrer dix planches et vous me direz ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches » ; au TAT : « Je vais vous montrer une série de planches et vous me raconterez une histoire en rapport avec chacune d'entre elles. Vous inventez une histoire à partir de ces planches ».

3.2. Prise des protocoles

La prise des protocoles, soutenue par une écoute attentive, obéit à un certain nombre de règles garantissant la rigueur de la démarche. Il nous paraît peu souhaitable d'enregistrer les réponses du sujet au

magnétophone. Cette technique introduit un objet étranger, un moyen de mémoriser à tout prix qui néglige la qualité humaine et donc subjective de la rencontre. Il est préférable que le clinicien note par écrit les associations du sujet, en respectant absolument les caractéristiques de son discours : pas de résumé, pas de « etc. », pas de rectifications grammaticales, etc. L'analyse des données reposant en partie sur les structures langagières, il n'est pas question de les transformer pour en faire un produit plus clair ou plus accessible.

3.3. Interventions du clinicien

Les interventions du clinicien au cours de la passation, si elles sont nécessaires ou considérées comme telles, doivent également être notées, car leur formulation exacte est utile pour l'analyse et la compréhension des réactions du sujet à ces interventions. Enfin, certaines épreuves, et notamment le Rorschach, requièrent, après une passation dite « spontanée », une « enquête » au cours de laquelle le sujet est invité à regarder les planches une seconde fois avec la possibilité de préciser certaines caractéristiques de ses réponses ou d'en apporter d'autres.

3.4. Restitution de la consultation projective

La restitution de la consultation projective est toujours proposée ; elle implique une nouvelle rencontre avec le sujet, cette fois sans passation d'aucune sorte. Son objectif doit être clair et précis : il s'agit de parler des apports de l'examen psychologique, des éclaircissements et, surtout, des questions qu'il a permis de découvrir et de formuler. Là encore, les qualités cliniques du psychologue sont essentiellement mobilisées : il ne s'agit en aucun cas d'asséner un diagnostic ou des interprétations de type « sauvage ». Les éléments exposés par le clinicien doivent prendre en compte les capacités du sujet à entendre certaines propositions et à soutenir les projets d'orientation le concernant. En aucun cas la restitution ne doit apparaître comme une dénonciation narcissiquement blessante ou culpabilisante pour le sujet. En aucun cas elle ne doit présenter une sorte de « profil psychologique » rigide, formulé dans un jargon insaisissable et donc traumatique. En fait, c'est un *entretien clinique* qui organise les échanges. Les psychologues cliniciens doivent toujours proposer cet entretien, même si les sujets ne sont pas tenus de s'y rendre : la liberté ou la contrainte leur appartient

d'accepter cette offre pour des raisons conscientes ou inconscientes qui leur sont propres.

3.5. La passation comme expérience

Tout cela nous conduit à insister sur le poids de la relation, sur l'importance des facteurs subjectifs, personnels dans la détermination d'un discours dont l'analyse sera, elle aussi, tributaire des implications du psychologue. C'est dire également à quel point nous sommes éloignés d'une situation standardisée, d'une conception anonyme et mécanisée du test. Il s'agit, au contraire d'une *expérience* qui se vit et qui renvoie à la communication au sein d'une relation intersubjective et personnalisée. Il est sûr que c'est à « un autre » que le discours projectif s'adresse et que cet autre est là pour écouter et pour entendre. La sensibilité de chacun est alors mobilisée, déterminant une distance dont les aménagements sont parfois délicats, entre une attitude lointaine, neutralisée à l'extrême et susceptible d'engendrer chez les sujets un sentiment d'abandon, et des conduites intervenantes, suggestives et séductrices vécues comme autant d'intrusions. Le clinicien doit trouver une juste accommodation respectueuse de l'individualité de son interlocuteur. Cette position idéale est comparable à celle que décrit Winnicott concernant la mère « suffisamment bonne », ni rejetante ni empiétante, laissant à l'enfant les possibles déploiements de son monde interne.

3.6. Travail de liaison

Nous pouvons ainsi souligner la multiplicité et la singularité des formes d'expression d'une relation qui, en tant que telle, véhicule des représentations et des affects sous-tendus par des mouvements pulsionnels traduits par des manifestations complexes et parfois subtiles. Le clinicien est sensible aux particularités de cette relation qui passent par des indices ou des signes « hors protocole ». Repérer ces manifestations présente surtout l'intérêt d'une confrontation avec les autres données pour y découvrir congruence ou contradiction. Cette confrontation constitue un *travail de liaison* dans la mesure où elle permet de saisir l'harmonie, l'écart voire la discordance entre les conduites du sujet cliniquement perceptibles et son discours associatif au test. Liaison indispensable qui rétablit l'unité de la personne, nécessaire si l'on considère que les réponses données aux épreuves projectives appartiennent à un individu dont le discours ne doit pas être isolé voire détaché de l'ensemble du fonctionnement psychique dont il est, à certains égards, le porte-parole.

4. Les épreuves projectives, le Rorschach et le TAT

Nous proposons de présenter succinctement deux épreuves projectives parmi les plus utilisées en psychologie clinique et en psychopathologie : le Rorschach, épreuve la plus connue depuis l'essor qu'elle prit 2 ans après sa création, et le TAT, dont l'usage est plus restreint, sauf aux États-Unis et en France, où les travaux de V. Shentoub et de R. Debray, élaborés dans une perspective psychanalytique, ont inauguré une dynamique d'analyse et d'interprétation nouvelles. Par ailleurs, dans le cadre de cette contribution, il ne nous sera pas possible de présenter les procédures d'analyse et d'interprétation des données projectives. Celles-ci supposent en effet un approfondissement rigoureux nécessitant de longs développements[1].

4.1. Test de Rorschach

4.1.1. Création et actualité du test de Rorschach

Hermann Rorschach a inventé en 1920 un test de taches d'encre qui permettait non plus seulement d'étudier l'imagination mais d'établir un diagnostic psychologique de la personnalité chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Plus de 80 ans après sa découverte, le test de Rorschach tient toujours dans la pratique clinique et fait chaque année l'objet du plus grand nombre de recherches et de publications en psychologie projective, en psychologie clinique et en psychopathologie. Sa sensibilité, sa fidélité et sa validité sont régulièrement confirmées et précisées ; la finesse de l'outil rend même possible la détection chez un sujet de signes discrets révélant la présence de processus qui avaient échappé à l'observation et à l'entretien clinique, qu'il s'agisse d'indices révélateurs d'une pathologie en voie de développement, ou au contraire d'éléments porteurs d'une évolution plus favorable dans des contextes de décompensation cliniquement inquiétants. Ce test permet en effet une estimation dynamique des ressources actuelles et latentes du sujet, ainsi que de ses points vulnérables, bilan sur lequel peuvent prendre solidement appui un conseil psychologique, une indication psychothérapique, un pronostic évolutif.

4.1.2. Analyse et interprétation

La rigueur de la démarche d'analyse et d'interprétation des protocoles fournis par le sujet dépend, entre autres, de la connaissance du matériel-stimulus qui lui est proposé. Cette variable apparaît dans un pre-

1. Le lecteur pourra, s'il le souhaite, se référer aux ouvrages et manuels consacrés au Rorschach et au TAT répertoriés dans la bibliographie.

mier temps comme la plus objectivable dans la mesure où elle est susceptible d'être décrite et analysée pour elle-même, indépendamment du clinicien ou du sujet. Bien entendu, une telle étude ne peut être entreprise qu'à partir d'un travail approfondi sur les textes obtenus au cours de multiples passations. L'analyse du matériel du Rorschach est *empiriquement* fondée sur l'étude du « discours Rorschach », alors que l'analyse du matériel du TAT, matériel figuratif en l'occurrence, a pu s'établir à partir des images elles-mêmes et de leurs références latentes à des conflits psychiques dégagés par la théorie psychanalytique. C'est cette théorie qui préside également à l'interprétation des contenus latents des planches du Rorschach, mais l'approche perceptive/projective de ce stimulus non figuratif est d'abord confiée en quelque sorte aux données cliniques constituées par les réponses des sujets.

Une lecture descriptive du matériel Rorschach est très difficile voire impossible. Les dix planches proposées ont été créées à partir de taches noires, colorées, réparties symétriquement par rapport à un axe vertical, obtenues comme par pliure. L'analyse descriptive du matériel a été tentée par N. Rausch de Traubenberg (1970) dans la mise au jour des qualités perceptives de chaque planche. Ce travail, auquel nous renvoyons le lecteur, appelle plusieurs remarques ; en effet, un certain nombre de points sont communs aux différentes planches : leur constitution symétrique et la présence d'éléments chromatiques comme nous l'évoquons ci-dessus. Mais au-delà de ces caractéristiques perceptives, la notion de contenu manifeste appelle d'autres implications, notamment en termes de réalité perceptive, sociale, externe, adaptative. Les deux aspects dégagés – organisation perceptive et présence d'éléments chromatiques – soutiennent deux dimensions fondamentales du stimulus : une dimension structurale dans la construction formelle de la tache (compacte, fermée, bilatérale, ouverte) ; une dimension sensorielle liée à la couleur (planches noires, grises, noir/rouge, pastel). Or ces deux dimensions vont servir de base à la méthode d'analyse, puisque l'appréhension de l'organisation formelle est considérée comme relevant d'une approche perceptive-cognitive, sous-jacente aux processus de pensée, et que la sensibilité aux couleurs est empiriquement associée aux sensations, aux affects, bref à ce qui s'éprouve (à différencier de ce qui se connaît).

4.1.3. Sollicitations latentes des planches

Au-delà du contenu manifeste

Le contenu des protocoles fournis au test de Rorschach est constitué par un matériel verbal dans lequel les substantifs dominent : séries

d'images, de clichés statiques ou de scénarios mouvants évoqués par la voie du langage dans un système de mots signifiants rendant compte d'un travail de *figuration* qui permet de passer de la tache d'encre à une représentation, non seulement perceptible mais identifiée à un objet.

Ces mots-images peuvent être centrés sur des thèmes spécifiques dont ils seraient les traducteurs, témoins des préoccupations du sujet, de ses souffrances, de ses luttes, de ses plaisirs, etc. Il se trouve que certains thèmes apparaissent de manière régulière et privilégiée à des planches précises avec une fréquence suffisante pour que les cliniciens aient été conduits à s'interroger sur les sollicitations fantasmatiques, affectives ou symboliques du test de Rorschach. Actuellement, on ne considère plus que ce matériel est neutre ou vide. Il ne s'agit pas d'une matière mobile et malléable qui serait entièrement soumise aux désirs contradictoires d'un individu, mais plutôt d'un objet doté de réalité, caractérisé à la fois par son ambiguïté, son imprécision perceptive et par des qualités particulières inductrices d'associations éventuellement spécifiques.

Dans les débuts de l'analyse des planches de Rorschach, des interprétations symboliques ont été proposées par différents auteurs (Françoise Minkowska, Myriam Orr, Roy Schafer, Mireille Monod, Didier Anzieu, Robert S. McCully et, bien sûr, Nina Rausch de Traubenberg). Cependant, les différentes mises en correspondances développées par ces auteurs ne sauraient être utilisées sur un mode rigide et plaqué, ce qui conduirait à éviter l'essentiel des productions au Rorschach, c'est-à-dire leur dimension associative. Comme le souligne N. Rausch de Traubenberg, ce n'est pas seulement le *contenu* de ce qui est dit qui compte, c'est aussi le *comment* c'est dit : la part de l'analyse de la réponse faite aux composantes de cette réponse, celle de ses liens avec ce qui précède et ce qui suit dans la continuité du discours sont essentielles dans l'élaboration d'une interprétation.

À l'instar du rêve qui ne peut s'interpréter à partir du contenu manifeste du récit et d'un ensemble systématisé d'équivalences symboliques, les sollicitations latentes du Rorschach ne peuvent se dégager à partir d'un réseau de correspondances convenues.

Approche des différentes planches

- La *planche I* situe le sujet face au test, ce qui peut lui faire (re)vivre l'expérience d'un premier contact avec un objet inconnu. Elle sollicite des images évocatrices des relations précoces au premier objet ; sa référence au corps humain, corroborée par de nombreuses caractéristiques manifestes (allure fermée, axe clairement dessiné), offre une double mobilisation, narcissique et objectale.

- La *planche II*, construite autour de la lacune intermaculaire, en configuration bilatérale et trichomatique (rouge, blanc, noir), est appréhendée, dans ses représentations les plus archaïques, comme un tout éclaté : la lacune médiane est ressentie comme vide interne, faille corporelle fondamentale, les possibilités d'unification et de délimitation entre dedans et dehors étant fortement ébranlées. Ce type d'image de soi s'associe à des représentations de relations symbiotiques fusionnelles et/ou destructrices. Dans un autre registre, la planche II renvoie préférentiellement à une problématique de l'ordre de l'angoisse de castration : le blanc est ressenti comme trou, blessure ; les références féminines sont fréquentes (règles, gestation, naissance, fantasmes sexuels, etc.). Sur le plan relationnel, la planche II sollicite des scénarios dans lesquels les investissements pulsionnels sont fortement mobilisés, soit dans leur valence agressive, soit dans leur valence libidinale.
- La *planche III* met surtout l'accent sur les processus d'identification sexuelle : sa bisexualité manifeste (personnages pourvus de seins et de pénis) rend parfois difficile un choix fermement déterminé. Les conflits peuvent apparaître, le sujet se sentant tiraillé entre des tendances contradictoires sans possibilité de résolution de ce déchirement interne. En ce qui concerne les représentations de relations, les évocations sont moins brutales qu'à la planche II, tout en ayant à voir également avec le maniement pulsionnel libidinal ou agressif.
- La *planche IV* est plutôt évocatrice d'images de puissance : sa massivité, sa construction, ses qualités sensorielles en font une planche à symbolisme phallique, sans préjuger du caractère masculin ou féminin de cette référence. Elle rend compte des positions prises vis-à-vis des images de puissance : identification à leur force dynamique à travers des représentations de personnages très actifs, ou bien position passive, réceptive (favorisée par l'aspect estompé de la tache).
- La *planche V* est considérée comme celle de l'identité et de la représentation de soi. Cela s'explique par son extrême sensibilité à toute forme de fragilité narcissique : manifestations dépressives liées à la mésestime de soi, ou affirmation mégalomaniaque de toute-puissance, ou encore exhibitionnisme en quête de gratifications narcissiques.
- La *planche VI* est classiquement considérée comme porteuse de symbolisme sexuel. Cependant, si la dimension pénienne-phallique est dominante, la bisexualité caractérise cette planche puisqu'elle éveille également une sensibilité passive, réceptive, associée à des images sexuelles féminines.

- La *planche VII* n'a jamais démenti sa résonance essentiellement maternelle, justifiée « objectivement » par sa configuration en creux, par l'étendue de l'interpénétrabilité du blanc et du gris. On y découvre toutes les modalités possibles des relations à l'image maternelle, des plus archaïques aux plus évoluées. La planche VII est un médiateur exceptionnel des relations précoces. Dans un registre identificatoire, elle permet au sujet de se situer par rapport au féminin : opposition, conflit ou soumission passive, valorisation ou dévalorisation des images féminines.
- Les *planches pastel* (VIII, IX, X) suscitent l'émergence d'émotions et d'affects, et permettent par là même de saisir le type de rapport que le sujet établit avec son environnement. Il est difficile pourtant de dégager l'appel spécifique de chaque planche : les réactions y sont très diverses, ne favorisant pas le regroupement thématique. Cependant, on reconnaît que la planche VIII reste la planche des « contacts avec le monde extérieur », que la planche IX favorise les références maternelles précoces, que la planche X enfin peut être considérée comme planche d'individuation et de séparation. Par ailleurs, les planches pastel ont en commun de faciliter la régression : la prégnance des couleurs, l'intensité ou la stimulation externe viennent éveiller la sensibilité au réel ; seront réactivées les manifestations plus anciennes, primitives d'une sensorialité précoce, d'un vécu antérieur au langage verbal, touchant chez le sujet des expériences de plaisir et de déplaisir liées à ses contacts initiaux avec son environnement relationnel.

4.2. TAT (*thematic apperception test*)

4.2.1. Création du TAT

C'est en 1935 que Mugan et Murray publièrent la première forme du TAT. En 1938, Murray en utilisa les résultats pour nourrir sa théorie de la personnalité dans son livre *Exploration de la personnalité*. Et c'est en 1943 que fut publiée, toujours par Murray, la forme définitive du test avec son *Manuel d'application*.

Influencé par ses deux analystes (Jung et Alexander), Murray entreprit une énorme recherche avec l'objectif de valider un inventaire exhaustif des variables de la personnalité, ce qui du même coup pouvait servir de base « scientifique » à l'interprétation de son test. La méthode de Murray est ordonnée par une liste de variables comprenant une liste des motivations (20 besoins regroupés sous 9 rubriques), une liste des facteurs internes comprenant les instances psychiques décrites à partir de l'élaboration des deux topiques

freudiennes, une liste des traits généraux renvoyant aux états intérieurs et aux émotions vécues par le sujet.

4.2.2. Développements ultérieurs

En France, les travaux de V. Shentoub, commencés en 1953, ont influencé considérablement la pratique et l'interprétation du TAT. Elle les a poursuivis à partir de 1970 avec Rosine Debray, et ceux-ci ont engagé des développements nombreux dans le groupe de chercheurs de l'École de Paris (Groupe de recherche en psychologie projective, Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie, Association pour la recherche en psychologie projective). V. Shentoub s'est d'emblée située dans une perspective différente de celle de Murray, en accordant une importance essentielle à la forme des récits plutôt qu'à leur contenu. L'hypothèse majeure est que les modalités de construction et d'élaboration des récits TAT renvoient aux mécanismes de défense caractéristiques de l'organisation psychique du sujet.

La fantaisie induite et consciente (les récits au TAT) est reconnue comme différente de la fantaisie inconsciente spontanée (les fantasmes fondamentaux du sujet qui transparaissent dans ses symptômes et ses rêves). Certes, la première permet de remonter à la seconde, mais à condition de s'attacher autant à l'analyse formelle des histoires qu'à leur contenu manifeste. L'irruption du fantasme inconscient dans la fantaisie consciente induite se repère d'après l'écart entre le récit du sujet et le thème banal d'une planche, et d'après les perturbations dans la structuration du récit.

> Construire une histoire au TAT est un acte d'organisation plutôt qu'un acte d'imagination. Analyser cette organisation revient à « tester » l'autonomie relative du moi, sa fonction de synthèse et d'intégration. (Shentoub et Rausch de Traubenberg, 1982)

C'est seulement ensuite que le contenu des histoires peut être interprété quant aux conflits défensifs du sujet, à ses identifications et à ses relations d'objet.

C'est une théorie du TAT qui nous est proposée à partir de la définition du processus TAT compris comme « l'ensemble des mécanismes mentaux engagés dans cette situation singulière où il est demandé au sujet d'imaginer une histoire à partir de la planche » (ibid.). Les trois paramètres définissant la situation (matériel, consigne, présence de l'examinateur) peuvent être assimilés à une situation de conflit, au sein de laquelle s'affrontent des principes ou des positions contradictoires.

Dès 1970, V. Shentoub et R. Debray ont complété la théorie du processus TAT en proposant une analyse du matériel en termes de

contenu manifeste et de *contenu latent*, réalisant la première démarche de ce genre, puisque jusqu'ici les recherches s'étaient davantage attachées aux récits fournis par les sujets. Murray, notamment, articulait l'analyse de contenu des histoires autour de cinq points : motivations, facteurs internes et traits généraux du héros ; forces de l'entourage exerçant une influence sur le héros ; déroulement et dénouement de l'histoire ; analyse des thèmes ; intérêts et sentiments.

4.2.3. Réactivation des conflits essentiels

L'analyse élaborée par V. Shentoub quant au processus TAT et l'étude du matériel construite avec R. Debray constituent une véritable révolution : le matériel présenté au sujet n'est pas neutre, il sollicite, au niveau des images reproduites sur les planches du TAT, non seulement des mécanismes perceptifs de prise de connaissance ou de lecture de ces stimulus, mais, en deçà, la réactivation des conflits essentiels auxquels confronte la condition humaine, en référence aux travaux de Freud et de ses successeurs. L'hypothèse fondamentale de R. Debray et de V. Shentoub est que les planches du TAT représentent des situations se rapportant aux conflits universels et spécialement au complexe d'Œdipe. Toutes les planches où sont présents des « personnages » se réfèrent à la différence des générations et/ou à la différence des sexes ; la reconnaissance de ces différences s'offre comme une condition effective d'accès à la problématique œdipienne. Cependant, les sollicitations latentes du TAT, tout en privilégiant en apparence, par leur contenu manifeste figuratif très saturé en personnages humains, l'activation de scénarios relationnels, n'en sont pas moins susceptibles d'appeler et de mettre à l'épreuve les représentations du sujet par lui-même. Ainsi, deux grands axes de problématique, qui ne sont pas indépendants l'un de l'autre, vont être régulièrement sollicités par les planches du TAT : l'axe narcissique, l'axe objectal.

4.2.4. Sollicitation de l'axe narcissique : investissement de la représentation de soi

L'axe narcissique met à l'épreuve la qualité et l'investissement de la représentation du soi en termes d'identité et d'identification.

Les processus d'identification s'inscrivent dans la construction, le développement et les avatars du complexe d'Œdipe. En ce sens, ils sont les héritiers de ce complexe – qu'il soit structurant ou non selon le mode de fonctionnement psychique de chaque individu, selon son organisation psychopathologique – et, en même temps, ils apparaissent comme des repères ou des indices susceptibles de témoigner justement de la qualité ou de la nature singulière du complexe d'Œdipe.

Dans une perspective œdipienne classique, l'identification sexuelle s'engage dans la voie de l'objet de désir de l'autre. Pour dire les choses plus simplement, le garçon s'identifie à son père, ou à l'homme, objet du désir de sa mère ; la fille s'identifie à l'objet du désir du père, c'est-à-dire à sa mère, et plus précisément aux représentations de la femme qu'elle incarne. En fait, le double versant de l'Œdipe, positif et négatif[1], soutient un double mouvement identificatoire, masculin et féminin, chez les deux sexes, ce qui montre avec évidence que chaque sujet s'identifie à la fois au père et à la mère, la bisexualité psychique témoignant de cette double valence.

En terme de TAT, cela nous conduit à poser les questions suivantes. Y a-t-il une stabilité de l'identité ou bien, au contraire, l'unité identitaire est-elle difficile à réaliser ? Les personnages sont-ils différenciés les uns par rapport aux autres ? Les identifications sont-elles clairement posées, les repères sexués sont-ils nettement établis ou non ?

4.2.5. Sollicitation de l'axe objectal : représentations des relations

L'axe objectal met à l'épreuve la qualité et l'investissement des représentations de relations. Selon les planches mais aussi selon l'organisation psychique du sujet, différentes modalités de relations inscrites dans les mouvements de la psychosexualité individuelle sont susceptibles d'apparaître. Bien entendu, ces représentations de relations ne s'offrent pas comme une copie des relations interpersonnelles éprouvées dans la réalité matérielle ; elles relèvent davantage de traductions des relations aux objets internes du sujet et aux conflits qui s'y attachent. N'oublions pas, en effet, que les récits TAT sont des fictions construites à partir de la résonance, interne, de la réalité psychique, et ne peuvent être considérés comme révélant une vérité « objective ».

4.2.6. Articulation des deux axes

Toutes les propositions d'interprétation du matériel s'inscrivent dans cette double perspective : représentations de soi, représentation de relations (ou encore : axe narcissique, axe objectal), les deux polarités étant d'ailleurs susceptibles d'être mobilisées soit de manière syntone, dans une sorte de dialectique plus ou moins équilibrée selon

1. L'Œdipe « négatif » est une composante affective de l'organisation œdipienne et met en évidence un système inversé, c'est-à-dire l'amour pour le père et la rivalité avec la mère chez le garçon ; l'amour pour la mère et la rivalité avec le père chez la fille. Les deux formes de l'Œdipe, « positive » et « négative », coexistent chez tout individu, avec une prévalence du « positif » sur le « négatif ».

les moments et les situations, soit de manière conflictuelle, antagoniste ou encore antinomique, les intérêts narcissiques apparaissant alors massivement menacés par les investissements objectaux qui risquent d'être inhibés ou barrés.

Ces propositions sont largement inspirées des deux théories des pulsions proposées par Freud : la première (Freud, 1915c) met en opposition pulsion d'autoconservation (au service du narcissisme du moi) et pulsion sexuelle (orientée par l'attraction vers l'autre) ; la seconde (Freud, 1920) ne remplace pas la première mais s'articule autour des mouvements de pulsions de vie et de pulsions de mort, les unes ouvrant du côté de la liaison, les autres du côté de la déliaison, les deux réglant en quelque sorte les destins des affects et des représentations.

4.2.7. Conflit d'ambivalence

Notons que si le représentant-représentation peut, par le refoulement, être plus ou moins soustrait de l'appareil conscient, affects et représentations restent habituellement *liés* afin de limiter le libre écoulement des excitations, de la même façon que restent liés entre eux les représentations et aussi les mouvements affectifs du fait de la fonction de liaison dynamique et vivante des pulsions de vie. Le sujet peut ainsi accéder au *conflit d'ambivalence*, c'est-à-dire à la capacité à éprouver à la fois de l'amour et de la haine pour le même objet, sans que l'identité de l'un ou de l'autre s'en trouve menacée. L'ambivalence est un concept que Freud a emprunté à Bleuler, mais auquel il a donné une ampleur et une force essentielles dans le domaine du fonctionnement psychique et de la dynamique relationnelle.

Dans « Pulsions et destins des pulsions » (1915c), Freud évoque l'ambivalence à propos de couples d'opposés : amour/haine et activité/passivité. Mais c'est surtout l'ambivalence pulsionnelle qui constitue le pivot le plus intéressant de cette notion. L'ambivalence de l'amour et de la haine (pulsions libidinales, pulsions agressives) s'expliquerait par leur évolution spécifique : dans la première théorie des pulsions (1915c), l'autoconservation s'opposerait aux pulsions sexuelles ; dans la seconde théorie des pulsions, ce sont les pulsions de vie qui s'opposeraient aux pulsions de mort. Le conflit œdipien est conçu comme un conflit d'ambivalence dans ses racines pulsionnelles et, dans cette perspective, les symptômes sont compris comme autant de tentatives pour y apporter une solution.

Chez Melanie Klein (1945), l'accession à l'ambivalence caractérise la position dépressive et son élaboration. Quand elle se réfère à l'entrée dans la position dépressive aux alentours du 6e mois chez le

bébé, Melanie Klein pense que, dans un premier temps, lorsque la mère est absente, l'enfant peut fantasmer qu'il l'a détruite par ses attaques agressives. Ce sont les absences et les retours de la mère qui vont permettre peu à peu l'intégration de ses aspects « à la fois bons et mauvais », dans le même temps où l'enfant devient capable d'avoir le sentiment qu'il peut avoir détruit sa mère mais qu'il peut aussi la réparer puisqu'elle revient. Quand la position dépressive est élaborée, l'enfant est susceptible d'investir un objet total, ressenti à la fois comme mauvais quand il s'absente et comme bon quand il revient. Par identification à cet objet, à la fois bon et mauvais, l'enfant peut se sentir lui-même bon *et* mauvais.

La *liaison des mouvements pulsionnels libidinaux et agressifs* permet d'établir à la fois la continuité de l'objet, la continuité narcissique du sujet et son accès à l'ambivalence. La notion de position dépressive définie par M. Klein ne correspond pas seulement à un stade de développement, mais aussi à une position qui va être mise à l'épreuve régulièrement tout au long de la vie.

La *déliaison* marque au contraire une brusque libération d'énergie qui tend de façon incoercible vers la décharge sous forme d'un excédent d'excitations. Dans le cadre de la dernière théorie des pulsions (Freud, 1920), la déliaison caractérise les pulsions de mort qui attaquent les liens (désintrication ou désunion). La dialectique des mouvements de liaison et de déliaison constitue une composante fondamentale du fonctionnement psychique.

Pulsions de vie comme pulsions de mort sont constamment mobilisées dans le système psychique. Cependant, la prévalence de l'une ou de l'autre va déterminer des modalités psychiques différentes : plus la liaison est « harmonieuse », plus les modalités de fonctionnement sont souples et s'inscrivent dans une conflictualité vivante ; *a contrario*, moins les processus de liaison sont efficaces, plus les modalités de fonctionnement sont fragiles. À cet égard, l'acmé schizophrénique offre un exemple extrême d'attaque des liens et de désintégration de la pensée.

L'analyse des protocoles doit donc être envisagée du point de vue économique en ce sens qu'il est essentiel d'apprécier les quantités d'énergie pulsionnelle mobilisées et leur qualité, libidinale et/ou agressive. Cela conduit à poser les questions suivantes. Les mouvements libidinaux et agressifs sont-ils repérables ? Y a-t-il une liaison possible entre eux ou au contraire les processus de déliaison sont-ils prévalents ? Les représentations de relations traduisent-elles un conflit d'ambivalence ou, au contraire, une tendance plus ou moins importante à la désintrication pulsionnelle ?

4.2.8. Complexe d'Œdipe et angoisse de perte de l'objet

La prise en compte de la problématique de perte, à la fois en référence aux travaux de Freud sur l'angoisse de perdre l'amour de l'objet et à ceux de M. Klein qui viennent d'être rapidement évoqués, nous a conduit plus récemment à proposer, dans le cadre de l'analyse des représentations de relations du matériel de TAT, deux registres de problématiques : celui du complexe d'Œdipe, de ses composantes distinctes et de ses dérives ; celui de l'angoisse de perte d'amour de la part de l'objet, de ses effets et de ses avatars.

Nous proposons donc une élaboration actuelle des contenus manifestes et latents du TAT en insistant à la fois sur l'axe narcissique et/ou objectal des représentations *et* sur le registre conflictuel en termes œdipiens *et* dépressifs. Nous considérons en effet que tout individu humain est inéluctablement confronté à ces problématiques. Sa manière de les traiter, dans le processus TAT, mettra en évidence, selon la singularité des procédures discursives et défensives, sa capacité à en contenir les effets aussi bien en termes de représentations que d'affects, ou à se laisser déborder ou désorganiser par leur massivité.

Chaque planche du TAT est susceptible de solliciter une problématique spécifique, prévalente, dont la traduction, en termes de représentations de mots, renvoie au fantasme sous-jacent. Cependant, la mise à l'épreuve essentielle relève de la manière dont le sujet mobilise ses conduites psychiques pour produire un récit. Notre hypothèse principale est que les sollicitations latentes du matériel sont *toujours* effectives – qu'il s'agisse du complexe d'Œdipe ou de l'angoisse dépressive : tous les sujets, quelle que soit leur organisation psychique, sont mobilisés par ces problématiques.

Complexe d'Œdipe

Le complexe d'Œdipe, notamment, ne constitue pas le registre conflictuel primordial et privilégié des seules organisations névrotiques. Chaque sujet est concerné mais il lui appartient de le traiter dans des modalités singulières, susceptibles de se retrouver à grands traits selon l'organisation psychique ou psychopathologique. Structurant un conflit interne entre désirs et défenses, mettant en évidence l'affrontement des mouvements pulsionnels libidinaux et agressifs et des interdits, le complexe d'Œdipe, dans la névrose, montre les effets de ce conflit interne dans l'angoisse liée à la transgression et sa traduction en terme d'angoisse de castration.

Chez les fonctionnements limites, la proximité et la force des désirs incestueux et parricidaires – du fait de mécanismes de refoulement parfois insuffisamment efficaces et de la fragilité des limites –

ainsi que la menace constante de perte d'amour rendent l'organisation œdipienne beaucoup moins structurante. La problématique de castration résonne massivement en termes narcissiques et dépressifs, et le sujet oscille entre des moments d'envahissement fantasmatique plus ou moins apparents et des moments d'agrippement aux percepts imposés par la nécessité de contre-investir les mouvements projectifs.

Dans les psychoses enfin, le complexe d'Œdipe, largement débordé par l'excitation pulsionnelle associée à l'inceste et au meurtre, perd toute fonction différenciatrice et structurante.

Angoisse de perte de l'objet

Une rapide analyse peut également être proposée pour illustrer les différentes modalités psychopathologiques de l'angoisse de perte d'objet. Dans la névrose, l'angoisse dépressive est très fortement associée à l'organisation œdipienne ; on peut penser en effet que le complexe d'Œdipe assure, en quelque sorte, par la construction dynamique des scénarios triangulaires, une tentative – parfois réussie – d'élaboration de la problématique de perte. En ce sens, les affects de tristesse sont ressaisis dans les fils de la culpabilité et dans la nostalgie liée au renoncement à l'objet d'amour œdipien.

Chez les fonctionnements limites, la problématique centrale relève de l'angoisse de perte de l'amour de la part de l'objet. L'angoisse de perte *réelle* de l'objet, du fait des limites poreuses entre dedans et dehors, met en évidence des difficultés patentes dans les capacités d'élaboration de la position dépressive (au sens de M. Klein) : les possibilités de contenance pulsionnelle sont discontinues dans la mesure où l'ambivalence reste peu ou pas élaborée, ce qui détermine des mécanismes de clivage et d'identification projective.

Dans la psychose, la continuité d'exister du sujet et de l'objet est perdue. L'inscription de la perte est sans cesse combattue par des mécanismes de défense extrêmement coûteux : le sujet se laisse emporter par les mouvements destructeurs qui anéantissent son identité en attaquant le sentiment d'altérité. Le désinvestissement objectal s'accompagne d'un désinvestissement narcissique majeur.

4.3. Complémentarité du Rorschach et du TAT

La confrontation des deux épreuves permet un affinement considérable de l'évaluation diagnostique, d'une part en étayant le diagnostic par une double argumentation, d'autre part en provoquant une dynamique largement offerte par leurs matériaux qui déclenchent des expériences et des conduites psychiques dont la variété peut être exploitée par le sujet.

Si la congruence des deux tests est généralement patente dans des organisations psychiques stables et clairement définies en termes de névrose ou de psychose, la clinique des diagnostics différentiels s'est singulièrement enrichie de leurs apports respectifs. Faire la part entre un fonctionnement limite et un fonctionnement névrotique, par exemple, revient à saisir la présence ou l'absence au TAT de procédés d'élaboration du discours témoignant de la nature intrapsychique du conflit, ce qui vient nuancer la présence au Rorschach de signes de failles narcissiques plus aiguës. Ailleurs, le démantèlement des images au Rorschach confirme l'amplitude de modalités de fonctionnement psychotique masquées au TAT par la mince carapace d'un conformisme adaptatif.

Dans d'autres contextes encore, les apparences contradictoires conduisent, grâce à l'analyse, à la découverte de conduites psychiques identiques aux deux épreuves ; par exemple, si l'on confronte dans la clinique des schizophrénies chroniques les productions hyperconformistes du TAT et les réponses complètement fragmentaires ou désintégrées du Rorschach, on s'aperçoit que, finalement, les unes comme les autres sont sous-tendues par un agrippement désespéré au percept, dans un collage au matériel manifeste qui en dénie toute portée métaphorique.

Par exemple, dans la clinique des fonctionnements opératoires caractéristiques de certains malades somatiques, se dégagent le surinvestissement de la réalité externe du TAT et, apparemment en contraste, le surinvestissement d'images corporelles au Rorschach. En fait ces signes ne renvoient-ils pas à un contre-investissement massif, l'excès d'investissement du dehors étant tributaire de la centration univoque sur le dedans, sans jeu possible dans un espace intermédiaire, ce dont témoignent conjointement le Rorschach et le TAT ?

Il y a donc sensibilisation d'une épreuve par l'autre, exploitation concomitante de l'une et de l'autre dans un effort d'analyse et de synthèse orienté vers le même but : s'efforcer de saisir les diverses modalités de fonctionnement psychique d'un individu dans une visée qui en rassemble les aspects les plus variés, les plus hétérogènes, les plus contradictoires, en n'oubliant jamais que, au Rorschach comme au TAT, c'est toujours le même sujet qui parle.

CHAPITRE 25
Perspectives psychopathologiques

1. Introduction

1.1. Dialectique du normal et du pathologique

Parmi les idées introduites par Freud et génératrices de scandale – l'existence de l'inconscient, la place et la fonction essentielles de la sexualité dans le développement et l'histoire du sujet –, celle qui affirme la continuité entre le normal et le pathologique continue de susciter des résistances majeures. Le point de vue freudien soutient, en effet, que se retrouvent chez les sujets souffrant de troubles psychiques, et notamment de psychonévroses, des formations psychiques certes plus aiguës, plus caricaturales, plus massives, mais auxquelles s'apparentent nombre de conduites mentales « normatives ». La psychopathologie offrirait en quelque sorte un grossissement des traits psychiques qui permettrait d'en étudier la genèse, la structure et le fonctionnement dans la clinique du normal.

Il est difficile de penser aujourd'hui que les sujets « normaux » n'ont pas d'inconscient ou que leur fonctionnement psychique ne pourrait s'analyser en référence au modèle de l'appareil psychique tel qu'il a été élaboré par Freud. Il serait impensable, par ailleurs, d'appréhender les conduites psychiques « normatives » comme un ensemble isolé, spécifique, étanche, fonctionnant au mieux de ses possibilités sans périodes sensibles, sans points fragiles, dans une permanence et une uniformité jamais démenties. Toute histoire de vie comporte des passages difficiles, la confrontation inéluctable à des pertes et à des déceptions, bref à des expériences parfois pénibles, parfois douloureuses qui laissent leurs traces, même si le sujet est tout à fait capable de les surmonter. On est donc loin de certaines conceptions qui clivent absolument le normal et le pathologique en reléguant ce dernier dans le domaine de la folie et de l'aliénation. Cela ne signifie pas pour autant un nivellement de tous les troubles et maladies

psychiques : certaines pathologies sont plus graves et plus invalidantes que d'autres ; la souffrance psychique qu'elles déclenchent doit être prise en compte ainsi que les moyens dont dispose le sujet pour tenter de s'en dégager, notamment dans un processus de soins plus ou moins lourd. C'est dans cette perspective que peut se saisir, nous l'avons déjà souligné, l'intérêt de l'examen psychologique.

En permettant l'étude de ce qui va mal mais aussi de ce qui pourrait aller bien chez chaque individu, la consultation projective s'engage au-delà de l'analyse sémiologique : elle cherche à analyser le fonctionnement psychique sous-jacent en déterminant ses aspects positifs et ses aspects plus inquiétants ou plus précaires et fragiles. À cet égard, les données projectives mettent clairement en évidence l'existence de productions pathologiques, voire ambiguës, chez des sujets qui, par ailleurs, ne présentent aucune symptomatologie préoccupante. La différence d'avec les protocoles pathologiques relève du caractère infiniment moins massif de ces manifestations, de leur réversibilité et de l'existence conjointe de modalités de fonctionnement appartenant à d'autres registres plus opérants, plus riches, plus souples et donc plus dégageants.

Il faut rappeler notamment l'importance des mouvements régressifs dans les perspectives psychodynamiques. Le « retour en arrière », le recours à des conduites psychiques dites « archaïques » parce que davantage caractéristiques de l'enfance ou de la petite enfance ne préjugent nullement de la dimension pathologique de tel ou tel sujet. Chacun d'entre nous « régresse » chaque nuit dans le sommeil, et cette régression, possible parce que la vigilance est mise en veilleuse, est bénéfique aussi bien pour notre santé physique que psychique. Il faut donc prendre garde, dans la clinique, et plus particulièrement dans la clinique projective, à ne pas se laisser abuser par des équivalences trop massivement établies entre la régression et la morbidité.

Les jeunes psychologues se laissent parfois prendre par ces repères trompeurs ; qu'ils reviennent alors à la démarche épistémologique de Freud, notamment dans *Les Trois essais sur la sexualité* (1905c). La première partie montre les dérives des déviations sexuelles dans les perversions (une pathologie clairement analysée), mais la possibilité d'en retrouver des formes analogues dans la fantasmatique des névrosés (autre pathologie tout aussi clairement étudiée). La deuxième partie, consacrée à la sexualité infantile, dégage l'ancrage de ces conduites et de ces fantasmes dans le développement de l'individu. La troisième partie, qui traite des transformations de la puberté et de l'accès à la sexualité génitale, suit le devenir de ces formations premières et leur intégration effective à l'entrée dans l'âge adulte. Les références « régressives » aux

stades du développement libidinal, aux pulsions partielles, constituent la matière première et toujours présente, le ciment en quelque sorte de la dynamique du fonctionnement psychique.

1.2. Psychopathologie psychanalytique

Contrairement à une idée relativement répandue, les psychanalystes, à l'instar de Freud, ont toujours gardé le souci d'une nosologie permettant d'établir des classifications des troubles psychiques. D. Widlöcher (1984) rappelle en effet que la démarche de Freud n'est pas seulement descriptive. Dès 1880, c'est la découverte de Charcot à propos de l'hystérie qui révolutionne la conception des névroses, considérées désormais comme l'ensemble des troubles déterminés par des altérations de l'activité psychique que l'exploration de l'inconscient permet de saisir.

La nouvelle classification va s'articuler autour du rapport entre la prise de conscience de la représentation refoulée et la levée du symptôme. Freud se sert du critère d'analysibilité pour établir son système nosologique : il oppose aux psychonévroses les troubles mentaux qui ne sont pas favorablement traités par la psychanalyse. Il distingue ainsi les psychonévroses (hystérie, névrose obsessionnelle, phobies) dont le conflit prévalent est déterminé par l'histoire infantile du sujet, et les névroses actuelles (névrose d'angoisse, neurasthénie, hypocondrie) dont la cause est cherchée dans les perturbations présentes du sujet. Par ailleurs, il oppose les névroses de transfert aux névroses narcissiques et aux psychoses qui ne peuvent nouer un transfert dans la mesure où les pulsions libidinales sont trop focalisées sur le moi – point de vue nuancé voire remis en cause par la psychanalyse actuelle.

Cette approche, selon D. Widlöcher, devrait laisser de côté les références psychiatriques pour utiliser au mieux les apports spécifiques de la situation thérapeutique et des paramètres qu'elle mobilise. Le psychanalyste, en effet, même s'il pense en termes psychopathologiques hors de la cure, exploite une sémiologie originale, directement fournie par le travail analytique et notamment par le processus associatif et le transfert. Il se réfère également à la métapsychologie psychanalytique et à ses concepts fondamentaux : opposition entre contenu manifeste et contenu latent, processus primaire et processus secondaire, régression, conflits, mécanismes de défense, pulsions.

Cette sémiologie psychanalytique ne renvoie pas à une classification des maladies mais à une classification qui se réfère aux trois points de vue classiques (dynamique, topique, économique) de la métapsychologie freudienne. Ainsi, la sémiologie psychanalytique

est toujours susceptible d'être utilisée quelle que soit l'organisation psychopathologique du sujet : on peut toujours parler en termes de contenu manifeste et latent, de processus associatifs ou de mécanismes de défense ; le travail d'approfondissement consiste alors à étudier la qualité singulière que prennent ces opérations mentales chez chaque sujet.

Le psychanalyste dénonce l'établissement trop rapide d'un diagnostic à partir de quelques signes flagrants : les repères n'impliquent pas ipso facto l'existence d'une série qui leur serait inéluctablement associée. La rupture et la discontinuité, la coexistence parfois hétéroclite de signes divers doivent être analysées dans leur hétérogénéité, même si elles ne correspondent pas absolument aux cadres nosologiques préconstitués.

Le psychologue projectiviste travaille avec un système analogue. Il s'attache à une sémiologie singulière, dont il connaît les significations générales et particulières, avec le souci d'en dégager, pour chaque individu et pour chaque groupe, les liaisons et les incohérences, l'homogénéité ou la discordance.

1.3. La psychopathologie aux épreuves projectives

Le psychologue projectiviste se trouve dans une situation quelque peu contradictoire lorsqu'il s'engage dans la psychopathologie : il s'agit pour lui de dégager des caractères spécifiques de pathologies mentales distinctes et, en même temps, de respecter les mouvements individuels du fonctionnement psychique.

Bien entendu, il n'est pas question, dans ce chapitre, de proposer une étude approfondie des traductions projectives de la psychopathologie. Notre projet est plutôt de montrer comment les épreuves projectives sont susceptibles de mettre en évidence à la fois les éléments constitutifs de telle ou telle pathologie spécifique (ceux susceptibles d'être régulièrement retrouvés chez des sujets présentant des troubles semblables ou analogues) et les éléments plus singuliers, porteurs des caractéristiques individuelles. Au sens de la psychopathologie psychanalytique, nous avons choisi de retenir trois grandes organisations conflictuelles : celle de la névrose, celle des fonctionnements limites et narcissiques, celle de la psychose.

- Dans le registre de la *névrose*, en deçà des caractéristiques singulières de l'hystérie, de la névrose obsessionnelle et de la phobie, nous traiterons de leur « noyau commun », c'est-à-dire des caractéristiques du conflit intrapsychique commun en référence à la première et à la seconde topique, et à la problématique œdipienne mise en

scène à travers les processus identificatoires et la lutte entre les désirs et les interdits.

- Dans le registre des *fonctionnements limites et narcissiques*, l'étude des modalités d'investissements narcissiques et objectaux s'attache aux traductions de la représentation de soi et de la représentation d'objet ainsi qu'à leurs aménagements étroitement tributaires les uns des autres, même si l'organisation dynamique et économique diffère chez les sujets narcissiques et les sujets limites. C'est dans une perspective dialectique et comparative que nous traiterons les écarts et les équilibres entre surinvestissement narcissique et surinvestissement objectal dans la lutte antidépressive. Cependant, la centration sur la problématique d'angoisse de perte de l'amour de l'objet ne doit pas pour autant nous entraîner à négliger les caractéristiques de l'organisation psychosexuelle, notamment dans ses aménagements masochistes voire pervers.
- Dans le registre de la *psychose*, nous avons choisi de travailler essentiellement sur les troubles de la pensée mis en relation avec les atteintes narcissiques et les difficultés d'élaboration de l'angoisse de perte d'objet. Plus précisément, nous nous attacherons à la schizophrénie et à ses traductions projectives chez des sujets jeunes.

2. Névroses

2.1. Introduction

L'utilisation de la méthodologie projective dans le champ névrotique est devenue essentiellement d'ordre diagnostique dans la mesure où la question régulièrement posée relève d'interrogations différentielles : les incertitudes de la clinique, aggravées par des états de crises dépressives ou narcissiques, conduisent à l'indication d'un examen psychologique avec comme objectif la différenciation entre névrose et psychose, et de plus en plus souvent entre névrose et fonctionnement limite. Dans de telles perspectives, le recours aux projectifs occupe sa place au sein de l'articulation logique d'une évaluation diagnostique et d'un projet thérapeutique.

Revenons à la définition de Laplanche et Pontalis (1967) :

> Névrose : affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituent des compromis entre le désir et la défense. L'extension du terme de névrose a varié ; de nos jours, on tend à le réserver, lorsqu'il est employé seul, aux formes cliniques qui peuvent être rattachées à la névrose obsessionnelle, à l'hystérie et à la névrose phobique. (p. 267-268)

À partir de cette définition, nous pouvons retenir trois dimensions essentielles : la référence à l'*histoire infantile*, le *conflit intrapsychique* et la notion de compromis, l'*expression symbolique*. Ces trois dimensions sont liées les unes aux autres. Ainsi, la symbolisation implique l'accès à un double registre d'expression, manifeste et latent, c'est-à-dire à une double inscription consciente-préconsciente/inconsciente (première topique). Celle-ci témoigne de mouvements créés par une dynamique conflictuelle entre instances psychiques (seconde topique). La source interne du conflit et sa spécificité psychogène s'originent dans l'histoire du sujet, et dans les versions qu'il s'en construit. Enfin, la confrontation entre désirs et défenses trouve une « solution » de compromis qui permet de maintenir les uns et les autres.

2.2. Place centrale du conflit intrapsychique et de l'organisation œdipienne

À partir des fondements freudiens, nous pourrions proposer une définition opérationnelle du conflit, simplifiée à l'extrême, pour en dégager les traductions projectives : *tout conflit est déterminé par l'opposition entre des forces contraires (ce qui réfère au dualisme des différentes représentations du conflit) ; tout conflit prend ses sources dans la sexualité qui en ordonne la genèse.* À ces deux dimensions s'associe une troisième qui spécifie la névrose, à savoir le caractère intrapsychique du conflit ; il y a, en effet, une dramatisation du jeu des représentations inconscientes contradictoires sur une « autre scène », une scène intérieure, différente des situations réalistes et concrètes. À l'opposé, l'extériorité conflictuelle, sa mise au-dehors, caractérise les fonctionnements limites.

2.2.1. Conflit entre systèmes préconscient-conscient et inconscient

Rorschach

Au Rorschach, le conflit entre système préconscient-conscient et inconscient est aisément repérable. Notre hypothèse[1] est que les réponses formelles relèveraient essentiellement du jeu des deux principes du fonctionnement mental (Freud, 1911a) dont les prévalences respectives peuvent être repérées dans la dynamique aléatoire de la formalisation.

1. Voir Chabert, 1983, nouv. éd. 1997, chap. 4.

Trois cas de figure sont susceptibles d'être rencontrés.

- Le recours à la formalisation est tempéré par l'incursion de mouvements projectifs, respectant la double invitation perceptive/projective de la consigne.
- Le primat est accordé à une formalisation excessive déterminée par l'inhibition de la vie fantasmatique et la neutralisation des affects. Deux possibilités apparaissent dans ce cas :
  - soit la formalisation est efficace, ce qui témoigne d'un surinvestissement de la réalité externe qui vient pallier l'insuffisance des appuis internes ;
  - soit la formalisation est inefficace, ce qui entraîne un envahissement fantasmatique et fusionnel ponctuel et désorganisant.
- Le primat est accordé aux mécanismes projectifs au détriment de l'approche formelle. Cette fois encore, deux possibilités se rencontrent :
  - soit la dominance kinesthésique K ou couleur[1] C, en dépit du faible investissement de la forme, ne s'accompagne pas de distorsion majeure dans le rapport au réel – les mouvements projectifs ne sont pas massivement désorganisants et leurs effets restent réversibles ;
  - soit la dominance K et C est débordée par l'envahissement pulsionnel, entraînant des distorsions considérables du rapport au réel.

En résumé, chaque fois que le compromis est possible entre principe de plaisir et principe de réalité, et donc entre désirs et défenses, le mode de fonctionnement est probablement névrotique. Aménager la part du désir et celle de la contrainte, quels que soient les déséquilibres entre ces deux pressions, témoigne de la capacité du sujet à négocier donc à lier des mouvements contradictoires. C'est ce que la mise à l'épreuve de la qualité du rapport à la réalité externe décèle à travers le Rorschach. Les « déformations », plus qu'une insuffisance cognitive, dévoilent dans ces contextes la part subjective inhérente à toute conduite perceptive.

Dans les protocoles de névrosés, le regroupement des réponses perceptives « incorrectes » permet de saisir le sens du dérapage formel, puisque ces réponses restent déchiffrables en termes de fragments ou d'équivalents symboliques. On constate une liaison entre les productions défensives et les « ratés » porteurs du retour du refoulé ; autrement dit, une liaison entre processus primaires et processus secondaires. Elle assure une continuité associative articulée par des contenus latents dont la centration commune est claire parce que symboliquement signifiante.

1. C'est-à-dire en termes de mouvements projetés (K) ou de résonance émotionnelle (C).

TAT

Au TAT, le conflit conscient-préconscient/inconscient se repère d'abord dans la dialectique des contenus manifestes et latents. Les caractéristiques de l'approche perceptive du matériel sont saisissables à partir de l'ensemble des procédés qui en témoignent : certains procédés rigides, inhibés ou encore projectifs.

Dans les protocoles de névrosés, la lecture du contenu manifeste des planches est relativement aisée : les procédés rigides maintiennent en général un rapport au réel de qualité suffisante et les émergences en processus primaires relèvent rarement d'une altération persistante des perceptions. Comme au Rorschach, on retrouve le compromis possible entre mouvements projectifs et mouvements perceptifs. Plus que le conflit conscient-préconscient/inconscient, c'est la qualité du fonctionnement du préconscient qui est mise à l'épreuve : la résonance fantasmatique des récits, leur épaisseur symbolique, la dynamique des désirs et des défenses sont susceptibles de traduire le travail de figuration et d'élaboration psychique nécessaire pour traiter et contenir l'excitation provoquée par les planches.

2.2.2. Conflit entre instances

Rorschach

Au Rorschach, le conflit entre instances est moins aisément saisissable, mais peut être déduit à partir de certaines caractéristiques du protocole. Le conflit entre désirs et défenses se dégage de l'alternance entre des manifestations de désirs, à travers l'expression pulsionnelle notamment, et des manifestations défensives mobilisées contre le surgissement de ces motions. Par exemple, alternance entre déterminant K porteur de désir et déterminant formel inhibant son expression libératrice. Par ailleurs, l'analyse des représentations met en évidence des images contrastées, soutenues elles aussi par des oppositions conflictuelles.

TAT

C'est surtout au TAT que le conflit entre instances est susceptible d'être repéré. Les traductions du conflit intrapsychique sont clairement définies à partir de procédés rigides et labiles précis. Leur élément commun est de s'appliquer régulièrement à des séquences construites dans l'opposition ou la contradiction. Ainsi dans la série rigide : l'« aller-retour entre l'expression pulsionnelle et la défense » ; l'« accent porté sur les conflits intrapersonnels ». Et dans la série labile : les « représentations contrastées » ; l'« aller-retour entre des

désirs contradictoires ». Bien entendu, ces procédés sont associés à d'autres à dominante rigide ou labile (en référence à l'obsessionnalité ou à l'hystérie), sous-tendus par des mécanismes de défense spécifiques.

2.2.3. Conflit œdipien

La problématique œdipienne est traitée différemment par les organisations psychiques relevant de la névrose, des fonctionnements limites ou des psychoses. C'est au sein de la névrose que son déploiement apparaît le plus clairement saisissable et, éventuellement, structurant. S'y dégage en effet la lutte centrale entre les mouvements de désirs incestueux et meurtriers et des interdits dont l'intériorisation est portée par le conflit entre les instances.

Rorschach

Au Rorschach, le conflit œdipien n'est pas proposé comme tel, il n'y a pas de scène triangulaire figurée s'inscrivant dans la différence des sexes et des générations comme au TAT. Mais le matériel offre des configurations perceptives qui favorisent l'association et la projection d'images sexuelles masculines et féminines. La bipolarité sous-jacente place le sujet dans une situation conflictuelle qui consiste d'une part à reconnaître ou à nier le caractère sexuel des représentations (mobilisation du refoulement), d'autre part à reconnaître ou à nier la double valence masculine et féminine sollicitant à la fois des processus identificatoires et des choix d'objet spécifiques. L'analyse des kinesthésies dans les protocoles de névrosés révèle l'extrême difficulté et parfois l'impossibilité à identifier sexuellement les images humaines. La bisexualité psychique et les difficultés des choix identificatoires apparaissent comme un conflit nodal dans les protocoles hystériques, comme dans les protocoles obsessionnels, même s'ils ne sont pas articulés par les mêmes compromis défensifs : on y retrouve régulièrement à la fois les fantasmes de séduction et de castration ainsi que le refoulement comme mécanisme défensif fondamental.

TAT

Au TAT, le conflit œdipien, on l'a vu, constitue l'un des axes essentiels de construction du matériel. Les planches privilégiant l'apparition de cette problématique sont essentiellement les planches 2 et 4, les planches 6BM, 7BM, 8BM pour les sujets masculins, 6GF, 7GF, 9GF pour les sujets féminins, enfin les planches 10 et 13MF. L'intérêt de ce matériel est qu'il permet d'étudier de près et de façon

détaillée les différentes composantes de l'Œdipe au niveau des identifications du sujet et, surtout, au niveau des représentations de relations fortement marquées par le conflit.

2.3. Dramatisation

Ce qui assure la facture intrapsychique du conflit, et par là même son appartenance à un mode de fonctionnement névrotique, relève, dans les tests projectifs, des capacités montrées par le sujet à mettre en scène des représentations et des affects, c'est-à-dire à les dramatiser.

La dramatisation est plus facile à appréhender au TAT. En effet, la consigne elle-même sollicite une histoire « inventée », c'est-à-dire la construction de scénarios, et le matériel figuratif pousse à la mise en relation des personnages avec, de surcroît, un déroulement temporel propice à la mise en scène. En fait, le récit est explicitement attendu, voire provoqué au TAT ; il constitue la représentation-but de la consigne.

Au Rorschach, la tâche est rendue plus difficile : le décor n'est pas planté, le cadre n'est pas vraiment offert et il faut figurer les représentations en référence à un scénario qui ne peut se déployer comme tel. La création scénique, l'« invention » de l'intrigue sont implicites. La consigne fait davantage appel à « ce qui pourrait être » plutôt qu'à « ce qui pourrait se passer ».

2.3.1. Dramatisation dans l'hystérie : surinvestissement des affects

Dans l'hystérie, le repérage de la dramatisation est relativement aisé, car cette caractéristique constitue l'un des modes de fonctionnement privilégiés de cette forme de labilité, comme généralement dans le « théâtralisme ». La facture du discours, la verbalisation, l'expression d'affects massifs ou exagérée offrent déjà des indices manifestes. La question reste cependant de savoir si, au-delà de ces modalités de communication, l'organisation psychique elle-même se structure autour d'une dramatisation, c'est-à-dire d'une véritable mise en scène des conflits. Celle-ci ne se cerne pas d'emblée puisque les protocoles sont marqués par le refoulement des représentations gênantes, par ce qui est sous-tendu par la lutte contre l'activité représentationnelle.

Rorschach

Au Rorschach, la dramatisation apparaît dans l'inflation des réponses couleur qui va dans le même sens que l'enflure des commentaires ;

les affects sont mis en avant, apportant aux productions une épaisseur à la fois insaisissable et ambiguë, souvent lourde d'angoisse. Cette augmentation de la réactivité sensorielle, souvent au détriment de la réactivité kinesthésique, dévoile le maintien d'une excitation psychique permanente, nécessaire, selon Didier Anzieu, pour assurer la protection des enveloppes psychiques, comme si en effet cet état soutenait le sentiment d'exister par l'exacerbation d'une sensibilité toujours en éveil. L'hypothèse de Masud Khan (1974) est particulièrement intéressante à cet égard :

> Mon hypothèse sera que l'hystérique, lors des premières années de son enfance, répond aux défaillances d'un maternage suffisamment bon par un développement sexuel précoce. (p. 152)

L'auteur ajoute que si les systèmes de désirs peuvent être traités par des processus intrapsychiques, les systèmes de besoins nécessitent une réponse extérieure effective et le soutien de l'environnement.

Dès lors, la réactivité des sujets hystériques au Rorschach prend une signification singulièrement pertinente : l'analyse de la sensibilité aux planches pastel ne s'aligne plus seulement sur celle des réponses C aux planches rouges, mettant au jour les effets du refoulement de la problématique sexuelle. Les planches pastel sollicitent plutôt des mouvements régressifs dans la reviviscence de représentations, ou d'éprouvés primitifs ayant trait notamment aux modalités de contact précoce avec les objets. L'excitation vient alors nourrir la dramatisation de ses substrats pulsionnels en lui apportant l'énergie nécessaire à l'inflation des affects. Mais un élément essentiel doit être retenu : l'excitation et le surinvestissement des affects restent liés à des représentations refoulées. Ils ne s'inscrivent jamais dans de simples mouvements de décharge pulsionnelle, même si cette dimension participe de leur expression. Les manifestations d'affects comme celles de l'excitation sont toujours associées à des représentations et toujours adressées à l'autre. Cela témoigne du maintien des investissements libidinaux à visée objectale.

TAT

Au TAT, cette caractéristique se retrouve dans la prévalence de récits organisés autour de l'« accent porté sur les relations interpersonnelles » et de la « dramatisation ». La force des fantasmes de séduction souvent dévoilée à la planche 6GF traverse l'ensemble des protocoles d'hystériques, et l'« érotisation des relations » repérable dans les récits l'est aussi dans la relation avec le clinicien.

2.3.2. Dramatisation dans la névrose obsessionnelle : surinvestissement des représentations

Dans la névrose obsessionnelle, la dramatisation passe par des conduites actives de construction et d'élaboration mettant en évidence le surinvestissement de la pensée.

Rorschach

Au Rorschach, les mises en scène sont traduites essentiellement par des kinesthésies relationnelles : les actions attribuées se réclament de mouvements pulsionnels qui sont soit fortement réprimés, soit explosifs, sur un mode analogue au schéma classique de l'analité (rétention-expulsion). L'hyperexpressivité kinesthésique témoigne de l'excitation de la pensée qui doit être maintenue en état de travail permanent. Le « déplacement vers le haut » entraîne la sexualisation de la pensée : les scénarios kinesthésiques sont autant de figures de déplacement d'une fantasmatique sexuelle refoulée.

TAT

Au TAT, l'accent porte sur le « conflit intrapersonnel » et l'énergie fortement mobilisée défensivement pour éviter ou, plutôt, contenir une réactivité émotionnelle qui risque de devenir débordante grâce notamment aux mécanismes d'isolation. Mais la dramatisation reste très présente du fait de l'existence du noyau d'hystérie sur lequel se greffe l'obsessionnalité. Bien entendu, le surinvestissement du monde interne reste prégnant, mais il intègre les objets et reste associé à une mobilité émotionnelle dont le jeu constitue un élément favorable. L'apparition de productions plus labiles montre la vivacité des affects et de leur intensité ainsi que le maintien d'une souplesse minimale qui échappe partiellement à l'isolation.

2.4. Résumé

La première caractéristique revient à la *source sexuelle des conflits* (Freud, 1895a, 1905) dont les traductions symboliques constituent l'un des critères les plus pertinents au Rorschach comme au TAT. La traduction symbolique implique des capacités de *déplacement*, ce qui témoigne d'un premier travail psychique portant sur les représentations : il y a déplacement d'un groupe de représentations à un autre groupe de représentations qui conservent des liens les uns avec les autres. La référence sexuelle des contenus symboliques revient à un fonctionnement topique différencié grâce à l'activité du refoulement et à l'émergence du retour du refoulé à travers des

réponses symboliquement claires. La fantasmatique sexuelle n'apparaît pas directement dans des contenus crus ; elle ne passe pas la censure, par le principe de réalité, et témoigne ainsi de l'organisation structurante de l'Œdipe par l'intériorisation de ses interdits.

La deuxième caractéristique des productions névrotiques met en évidence la *continuité et la mobilité du travail psychique*. La continuité se traduit par la liaison des mouvements associatifs, à la fois dans les contenus et dans les conduites psychiques qui en permettent l'expression. Elle renvoie à la stabilité de l'identité, à la solidité des barrières entre dedans et dehors assurant au sujet le sentiment de continuité d'exister. La mobilité met en évidence les capacités du sujet à utiliser plusieurs modalités de conduites psychiques s'inscrivant dans un éventail plus ou moins large (selon la gravité de la névrose). Les mouvements régrédients et progrédients sollicités par la situation projective peuvent ainsi se déployer.

La troisième caractéristique renvoie à l'*efficacité du refoulement* au sens où Freud, après l'élaboration de sa seconde topique (1923b) le définit dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926, p. 13 et suiv.) : non pas en terme de rejet radical et définitif des formations inconscientes gênantes, mais en termes de repli transitoire, d'ensommeillement de représentations qui trouvent des voies détournées pour poursuivre leur chemin.

3. Fonctionnements limites et narcissiques

3.1. Introduction

La problématique centrale des fonctionnements limites relève de l'angoisse de perte de l'amour de l'objet. En deçà des manifestations cliniques et psychopathologiques extrêmement diversifiées, ce qui en complique le rassemblement nosographique, c'est cette constante « dépressive » qui constitue le noyau commun de ces organisations, au même titre que l'angoisse de castration chez les névrosés (Bergeret, 1985).

L'angoisse de perte réelle de l'objet semble essentielle dans la problématique des fonctionnements limites qui montrent des difficultés patentes à la fois dans leurs capacités d'élaboration de la position dépressive (au sens de M. Klein), et dans le maniement des affects et des représentations. L'élaboration de la position dépressive permet le maintien de la permanence de l'objet et l'intégration de l'ambivalence des sentiments. Les fonctionnements névrotiques sont susceptibles d'admettre l'ambivalence des sentiments grâce aux capacités de

liaison pulsionnelle qui les caractérisent. Pour les fonctionnements limites, cette liaison est beaucoup plus précaire et aléatoire : les possibilités de contenance pulsionnelle sont discontinues et mobilisent des stratégies défensives hétérogènes marquées par l'isolement et les ruptures dans les différents registres utilisés.

L'une des définitions classiques des fonctionnements limites souligne la juxtaposition de conduites névrotiques et de conduites psychotiques, avec une distribution variée de ces modalités selon les sujets. Dominante névrotique ou dominante psychotique ne doivent pourtant pas faire perdre de vue l'originalité de ces organisations psychopathologiques qui utilisent également des mécanismes de défense spécifiques pour lutter contre leurs angoisses dépressives.

Nous distinguerons dans cette étude les fonctionnements limites et les fonctionnements narcissiques pour montrer comment des aménagements pulsionnels et défensifs différents se donnent le même objectif : tenter d'endiguer l'angoisse de la perte d'amour de l'objet. Chez les sujets narcissiques, la proclamation de l'autosuffisance, soutenue par l'idéalisation et le gel pulsionnel, constitue le nœud essentiel des procédés psychiques : si je me suffis à moi-même, l'éloignement ou la perte de l'autre ne m'atteindront pas. Chez les sujets limites, c'est l'opération inverse qui prévaut : la proclamation d'une hyperdépendance par rapport à l'objet nécessite la présence constante, pour pallier les défauts d'intériorisation et lutter contre les fantasmes destructeurs qui constituent l'envers de la dépendance.

3.2. Représentation de soi au Rorschach

3.2.1. Dans les fonctionnements narcissiques

Le Rorschach, nous l'avons souligné, constitue une épreuve des limites, et par là même soutient les capacités de différenciation entre dedans et dehors, entre sujet et objet. Or, cette opération est essentielle chez les sujets narcissiques qui luttent contre les risques de confusion avec l'autre (Kernberg, 1975a). C'est probablement la raison pour laquelle on constate une augmentation fréquente de l'attachement au percept et une qualité satisfaisante du rapport à la réalité externe, ce qui rend compte de l'établissement de barrières très investies entre dedans et dehors et, en même temps, d'un recours nécessaire à des conduites d'objectivation pour se maintenir dans le registre des perceptions « pures ».

Nous avons dégagé et identifié ce que nous appelons les « réponses peau » (Chabert, 1987), en référence aux travaux de D. Anzieu sur le moi-peau, caractérisées par leur centration sur une *surface limitante*

entre dedans et dehors. Nous incluons dans ces réponses-peau toutes les réponses signifiantes pour l'indice « barrière-pénétration » de Fisher et Cleveland (1958), mais au-delà, bien d'autres contenus qui témoignent de l'effort ou de la contrainte du sujet pour représenter une « seconde » peau, une enveloppe supplémentaire, tangible et concrète, qui viendrait colmater les trous éventuels des limites psychiques ; par exemple, les animaux à carapace dans les contenus animaux, les réponses « vêtement » dans les contenus objets, les images de fonction dans les contenus humains. Ces réponses-peau constituent des enveloppes solides ou fragiles. Par exemple, on peut saisir l'écart entre « un grand manteau enveloppant » et « une robe en charpie ». Les réponses-peau, lorsqu'elles sont protectrices, mettent en évidence le caractère opérant et efficace des défenses narcissiques alors qu'elles témoignent de leur extrême fragilité dans des contenus précaires.

3.2.2. Dans les fonctionnements limites

La caractéristique essentielle de la représentation de soi relève d'une *porosité des limites* qui témoigne d'une différenciation partielle entre dedans et dehors. L'image du moi-peau convoquée alors est celle d'un moi-peau passoire. Cette précarité des enveloppes conduit à chercher activement des frontières contenantes. On observe ainsi d'une part le recours itératif aux déterminants formels qui constitue un pôle important du fonctionnement avec un effort de cadrage ; et d'autre part, des émergences sensorielles au sein desquelles l'élément formel disparaît, notamment aux planches rouges, ou des émergences kinesthésiques dont la valence projective est dominante. Ce double fonctionnement rend bien compte de la métaphore de la « peau trouée » : alternance entre des conduites de contenance et des irruptions sensorielles ou projectives qui effractent les frontières.

Ainsi, la clinique projective en laissant à découvert l'intensité des mouvements pulsionnels destructeurs, permet d'étayer les hypothèses actuelles concernant le défaut d'intériorisation qui caractérise les fonctionnements limites et notamment ceux qui montrent un recours symptomatique à l'agir à travers des pathologies du comportement.

3.3. Représentations de relations au TAT

3.3.1. Dans les fonctionnements narcissiques

Les représentations de relations semblent essentiellement construites sur un *mode spéculaire*. Comme au Rorschach, elles apparaissent au TAT dans des représentations de relations en miroir : l'autre est le double du sujet, aucune différence (et en particulier la différence des

sexes) n'est tolérable, dans la mesure où elle viendrait dénoncer le défaut ou le manque, donc une blessure narcissique insupportable.

La seconde caractéristique des relations, corollaire de la première, renvoie à la *négation des mouvements pulsionnels*, et notamment dans des manifestations de désir qui les sous-tendent. Dans le discours TAT, cela apparaît dans la centration sur les éprouvés subjectifs et dans l'idéalisation narcissique qui prône la supériorité et l'indépendance du sujet par rapport à ses objets.

Ces caractéristiques sont également clairement repérables au Rorschach dans la prévalence des K narcissiques et le rejet pulsionnel qui les spécifie, précisément dans l'absence de verbe interactif dans les séquences relationnelles.

3.3.2. Dans les fonctionnements limites

La difficulté ou l'extrême précarité des processus de liaison qui permettraient d'assurer la contenance de l'excitation pulsionnelle témoigne du caractère fragile des opérations d'intériorisation. Cela est illustré au TAT par la prédominance de procédés d'élaboration du discours appartenant à l'inhibition et qui justement mettent l'accent sur l'évitement du conflit et son externalisation, avec comme contrepoint le surinvestissement de la réalité externe. Les objets internes, insuffisamment stables, sont sans cesse menacés, ce qui entraîne un manque de fiabilité dans les relations objectales, la proximité et la permanence de l'angoisse de perte imprégnant les modalités d'investissement d'objet.

Dépendance

La dépendance en est une des caractéristiques essentielles. Elle apparaît globalement dans un attachement excessif à l'environnement, à la fois dans ses aspects tangibles, concrets de réalité matérielle et dans les supports relationnels aux personnes.

Au TAT, deux types de procédés de la série inhibition les traduisent :

- l'attachement à la réalité matérielle apparaît dans le recours à des procédés mettant en évidence un recours excessif au factuel et l'impossibilité de tout développement conflictuel par l'agrippement au formel et au concret ;
- l'attachement aux personnes apparaît dans le recours à des mécanismes antidépressifs, notamment dans le surinvestissement de la fonction étayante des objets.

En deçà, les caractéristiques des relations d'objet mettent en évidence la grande difficulté d'accès à l'ambivalence. La possibilité d'associer l'amour et la haine reste précaire, et la continuité relationnelle est battue en brèche par les mécanismes de clivage. Ceux-ci se

traduisent par des émergences pulsionnelles massives, ou le surgissement d'éléments persécutifs. On trouve ainsi une alternance entre des séquences ou des récits marqués par une puissante idéalisation, et d'autres, au contraire, empreints d'une désidéalisation majeure. Ces mouvements sont très facilement repérables dans l'évocation des personnages et de leurs relations.

Mécanismes de projection

Les mécanismes de projection s'inscrivent soit dans un système où le déni et le clivage sont prévalents, soit dans le débordement des limites. Les décharges projectives surgissent dans la tentative itérative de définir plus clairement le sujet et l'autre ; les tentatives sont souvent ratées du fait de la friabilité des limites dedans/dehors et de la confusion qui en découle. La projection se confond souvent alors avec l'externalisation, dans la mise au-dehors, en actes, des mouvements pulsionnels qui ne trouvent plus de support internes suffisants. La projection, associée au clivage, met en évidence des procédures étanches dans l'alternance entre des mouvements hyperadaptatifs, conformes et « normaux », et des moments hyperprojectifs où la réalité est déformée, interprétée de façon excessive, *sans qu'un compromis soit possible entre ces deux types de conduites.*

3.4. Représentations et affects

3.4.1. Dans les fonctionnements narcissiques

Système des représentations

Le système des représentations est fortement investi. Il constitue un pôle de créativité important, montrant à la fois la force de l'investissement narcissique de la pensée et son implication dans la maîtrise voire l'emprise dans les relations d'objets. Au Rorschach, les kinesthésies – spéculaires, nous l'avons souligné – offrent des constructions élaborées, parfois même sophistiquées. L'activité associative est, elle aussi, au-delà de son empreinte éminemment narcissique, volontiers engagée, à condition de respecter, là encore, les conditions de contenance et d'esthétique qui constituent la marque de toutes les productions narcissiques.

Système sensoriel

Le système sensoriel apparaît lui aussi très caractéristique. Au Rorschach, il témoigne d'une sensibilité spécifique et singulière à la couleur blanche surtout (éventuellement au gris et au noir également), aux planches achromatiques. Certaines réponses découvrent d'abord

une sensibilité « périphérique » en ce qu'elle réfère essentiellement au sensoriel, visuel ou tactile. Cela met en évidence le surinvestissement de la *sensation*, utilisée comme défense contre l'émergence de représentations inconscientes, « profondes ». Ces réponses ont à voir avec les relations précoces et donc avec la dépression essentielle du petit enfant. Leur apparition aux planches à symbolique maternelle et leur association à des thèmes de froid, de manque fondamental révèlent le caractère insécure des relations précoces ; le surinvestissement narcissique prend alors tout son sens, puisqu'il est déterminé par le défaut de fiabilité de la relation à l'autre. Enfin, de telles réponses montrent l'effort pour neutraliser et refroidir les mouvements pulsionnels et traduisent au Rorschach le refus de la source interne de la pulsion.

3.4.2. Dans les fonctionnements limites

Système des représentations

Le système des représentations est extrêmement polymorphe et éparpillé, contrairement au recentrement narcissique qui vient d'être évoqué. Au Rorschach, les kinesthésies montrent rarement l'expression d'un conflit intrapsychique. Leur rareté voire leur absence montrent l'extrême difficulté à se situer dans une aire de fonctionnement transitionnel. Le relais est pris alors par les kinesthésies mineures, traduisant des mouvements régressifs ou destructeurs ayant essentiellement une fonction de décharge lorsque l'excitation devient explosive ou débordante.

Système sensoriel

Le système sensoriel est souvent fortement représenté, mais au Rorschach l'élévation des réponses couleur n'a absolument pas la même valeur que dans la névrose, car celles-ci ne constituent en aucune manière un indice des représentations refoulées. Ces réponses sont beaucoup plus proches de la décharge, de la propension au passage à l'acte.

La signification des affects va apparaître de manière très différente par rapport à la névrose car, au lieu d'être le fruit d'un compromis qui serait un effet du refoulement, les réponses sensorielles vont au contraire dans le sens d'un défaut de refoulement et d'une sensibilité directe, immédiate à des stimulations excitantes. Dans les protocoles des fonctionnements limites, la couleur n'est pas utilisée comme pare-excitation, elle fait effraction, *elle est excitation*. La réactivité, notamment aux planches rouges du Rorschach, suscite des émergences pulsionnelles en processus primaires dont les effets

désorganisants sont patents, même s'ils sont transitoires. Le compromis qui permet une liaison des mouvements pulsionnels ne peut être réalisé du fait de la précarité des mécanismes de refoulement ; c'est le clivage qui prend le relais en séparant radicalement les émergences pulsionnelles des images qui en permettraient la représentation.

4. Psychoses

4.1. Manifestations de la schizophrénie

Nous nous attacherons essentiellement à l'étude projective de la schizophrénie. Celle-ci constitue une référence paradigmatique de la psychose, dans la mesure où elle condense la rupture des relations du sujet avec les autres et avec lui-même. En d'autres termes, la schizophrénie se caractérise par des altérations graves dans les investissements narcissiques et objectaux traduits par les manifestations suivantes :

- l'atteinte de la pensée, liée au désinvestissement narcissique, constitue un signe patent de la désorganisation mentale des schizophrénies ;
- le désinvestissement objectal invalide considérablement la vie relationnelle du sujet ;
- la désintégration de la représentation de soi vient signifier la confusion et la perte des limites attaquant fortement l'identité et le sentiment de continuité d'exister.

Plus précisément, nous constatons, à partir de la clinique projective, que :

- la désintégration de la représentation de soi s'inscrit dans la précarité des repères susceptibles de permettre une différenciation effective entre dedans et dehors, entre sujet et objet ;
- la quasi-absence de fantasmatisation témoigne d'une abrasion progressive des émergences inconscientes et de leur traduction grâce à l'irruption des processus primaires. Plus le processus schizophrénique est sévère, plus le fonctionnement psychique se révèle démuni en ressources fantasmatiques, au point d'évoquer une sorte de « mort psychique », définie comme une invalidité mentale paralysante ;
- l'assèchement de la vie fantasmatique peut être attribuée à la force de mouvements pulsionnels destructeurs qui attaquent à la fois les contenants de pensée et leurs contenus. Il y a donc discontinuité, rupture des liens au sein des processus de pensée qui se caractérisent par la fragmentation ou le morcellement, à l'instar de représentations de soi éprouvées sans continuité temporelle et sans repères spatiaux, ce dont rendent compte l'éclatement des limites, l'explosion identitaire et la projection fragmentaire et désordonnée de contenus psychiques démantelés.

4.2. Données du Rorschach

Deux types de protocoles sont susceptibles d'apparaître *chez des sujets jeunes*[1] : l'un met en évidence des modalités de fonctionnement d'allure labile, du fait de la prolifération associative ; l'autre montre, à l'inverse, une inhibition majeure traduite par une très forte restriction des productions.

4.2.1. Caractéristiques de la perception

Il faut souligner l'importance accordée à l'appréhension perceptive, écartant les ingérences fantasmatiques et/ou affectives. La formalisation excessive montre un effort d'objectivation du matériel, au sens où la part subjective inhérente à toute perception en serait exclue. Plusieurs conduites sont susceptibles de déterminer cette hyperformalisation : conformisme et pseudoadaptation ; accrochage aux repères externes pour pallier les insuffisances des repères internes ; attachement aux sensations dans leur dimension éprouvé tangible.

Cependant, ce recours à une formalisation objectivante est généralement inefficace, marqué par l'échec et la non-pertinence de l'ancrage dans la réalité externe ; cela met en évidence la perte de contact avec les objets du monde extérieur dont les significations sont déniées. Cette inadéquation témoigne également de la désorganisation de la pensée entraînée par l'inefficacité des processus de différenciation moi/non-moi.

Si nous considérons la formalisation excessive comme une tentative forcenée pour délimiter des contenants qui fondent l'organisation narcissique, nous observons bien souvent qu'elle se solde par un double échec imputable à la non-utilisation des frontières comme espace de médiation et d'échange. Vers le dedans, les barrières empêchent ces productions fantasmatiques ou affectives, ce qui met en évidence le désinvestissement du monde interne. Vers le dehors, les barrières sont désinserrées par rapport aux références objectives, ce qui témoigne d'un désinvestissement concomitant du monde externe.

4.2.2. Dynamique pulsionnelle

L'absence de mouvement constitue une caractéristique préoccupante dans les protocoles de schizophrènes. Les réponses « mouvement » (kinesthésies) sont extrêmement rares. Plusieurs hypothèses permettent de saisir ce phénomène constaté par tous les auteurs.

---

1. L'étude qui sert de support à ce chapitre a porté sur le devenir d'adolescents schizophrènes traités en Centre de jour ; les caractéristiques exposées concernent donc des sujets jeunes.

La pauvreté kinesthésique rend compte d'abord de l'impossibilité de se situer dans une aire transitionnelle permettant un jeu potentiel entre réel et imaginaire. Le « défaut » transitionnel apparaît patent dans la mesure où la confusion et l'interpénétration des espaces internes et externes sont beaucoup trop prégnantes pour que le paradoxe winnicottien de la double appartenance – au sujet et à l'objet, au-dedans et au-dehors – puisse véritablement être intégré.

La pauvreté associative est illustrée dans les protocoles les plus inhibés par des images répétitives, des contenus vides, plats et stéréotypés, sans épaisseur signifiante, sans articulation, dé-vidée par une discontinuité qui montre l'importance de l'attaque des liens et ses effets dévastateurs sur la pensée. Ces productions sont marquées par la quasi-absence d'émergences en processus primaires. Celles-ci apparaissent plutôt au cours des accès psychotiques (hallucinations, confusion, délire), ou encore dans certains protocoles annonçant une décompensation psychotique par le surgissement d'éléments délirants. Mais ce mode de fonctionnement n'est pas celui de la schizophrénie chronicisée ; le dénouement, la pauvreté fantasmatique, le sentiment d'impotence y sont dominants.

On admet, en psychologie projective, que l'activité en processus primaire fait référence au fonctionnement de l'inconscient et à la libre circulation de l'énergie psychique cherchant à se décharger par la voie la plus courte. L'absence de processus primaire constitue, de ce fait, un indice alarmant dans la mesure où il dénonce une absence de vitalité pulsionnelle, entraînant une paralysie morbide des conduites psychiques. Dans cette perspective, il faut donc considérer que tout signe de *mouvement* constitue un élément positif, même lorsqu'il est porteur de représentations « pathologiques », car il traduit un réveil pulsionnel qui ranime l'état d'immobilité dans lequel se fige la psyché.

L'absence de mouvement s'associe à l'absence de représentations humaines entières, ce qui met en évidence l'atteinte de l'image de soi et souligne les failles profondes dans le registre de la représentation de soi. Par ailleurs, l'extrême difficulté de représentations de relation apparaît également patente, quelles que soient les modalités de ces relations, fusionnelles/persécutives, narcissiques/objectales, libidinales/agressives.

4.2.3. Affects et dépression

Associée à cette absence de représentations de relation, nous retrouvons une *réactivité en termes d'affects extrêmement réduite*, ce qui pose bien sûr la question du destin des pulsions. L'abrasion manifeste de tout mouvement pulsionnel, et la « mort pulsionnelle » qui

se dégage de protocoles particulièrement plats ou désorganisés nous conduisent à mettre en évidence, à l'instar d'A. Green (1983), l'*attaque de la pensée par la pulsion.*

Les mouvements destructeurs sont repérables dans les différentes modalités que nous avons soulignées, et qui montrent un fonctionnement haché, sans continuité, persévératif, excluant le dynamisme pulsionnel par la massivité de la dévitalisation, dévitalisation qui, au retest, se mue en état morbide, péniblement figé (protocoles inhibés non évolutifs). Par ailleurs, l'absence de projection identificatoire, associée à l'absence d'éléments susceptibles de renvoyer à un quelconque investissement objectal, est confirmée par l'absence de sensibilité aux stimulations plus excitantes du matériel (réponses couleur) qui rendent compte généralement de l'impact émotionnel ou affectif des planches.

Cette « neutralité » d'affects apparaît comme l'effet de contre-investissements drastiques, dans la mesure où toute relation objectale, dans ses aspects les plus embryonnaires, est massivement combattue du fait des dangers extrêmes d'envahissement et de confusion qu'elle déclenche. Il est donc particulièrement important de porter attention à *tous les indices de liaison* susceptibles d'apparaître, et donc de témoigner de la *réactivation de traces libidinales*, même ténues. Toute notification de *lien* même arbitraire prend place significativement, de surcroît si elle s'associe à une expression pulsionnelle plus affirmée voire, dans les meilleurs des cas, ambivalente.

Les *indices d'angoisse de perte d'objet*, survenant dans des contextes parfois encore très désorganisés, nous semblent devoir être retenus comme facteurs de changement potentiels. Même s'ils ne s'inscrivent pas dans un processus de deuil effectif, même s'ils s'associent à une désorganisation parfois encore aggravée, ils nous semblent devoir être entendus comme *signes de représentation de l'absence*, ce qui nous paraît marquer une formidable évolution.

4.3. Données du TAT

Nous retrouvons les deux types de protocoles évoqués au Rorschach : les uns caractérisés par une inhibition majeure, les autres florides et abondants.

4.3.1. Rapport à la réalité externe

La qualité du rapport au réel, contrairement à ce qui se passe au Rorschach, est bien davantage soutenue au TAT. Ce constat peut se comprendre dans la mesure où l'accrochage perceptif, si essentiel au fonctionnement psychotique, colle en quelque sorte aux objets figurés. Ainsi, les distorsions perceptives sont exceptionnelles au TAT

(lorsqu'elles surgissent, elles sont majeures, discordantes, généralement transitoires). On n'observe pas, dans la majorité des protocoles, une reconstruction délirante de la réalité, ce qui montre l'absence d'investissement fantasmatique et affectif de la réalité externe. Il semble que les objets soient seulement perçus sans être véritablement investis.

Cependant, la réalité perceptive, apparemment respectée au TAT, se révèle fortement touchée par le recours à des conduites différentes de la distorsion perceptive, mais qui n'en sont pas moins invalidantes. Ainsi, les relations figurées par le matériel du TAT sont régulièrement attaquées par des mécanismes spécifiques :

- le *refus de planches* qui figurent un rapproché relationnel, et notamment celles qui favorisent les représentations et les affects associés à l'image maternelle ;
- le *scotome* d'objet manifeste : la spécificité des protocoles de schizophrènes relève de scotomes très particuliers, portant essentiellement sur l'un des personnages figurés sur la planche. L'objectif de ce déni vise la non-reconnaissance du lien susceptible de s'établir entre deux personnes. La négation perceptive de l'un d'entre eux offre un moyen radical pour attaquer ce lien.

4.3.2. Caractéristiques du discours

L'attaque des liens se traduit aussi à travers le discours. En général, il n'y a pas d'histoire à proprement parler, pas d'action, pas de verbe et pas de déroulement dans le temps. Tout se passe comme si l'énergie était essentiellement mobilisée vers un objectif primordial : *éviter tout lien aux objets* et, s'ils s'imposent, s'efforcer de les séparer et de les isoler afin de ne pas être engloutis par eux.

L'absence d'histoire renvoie bien d'une part aux carences représentationnelles qui ne permettent pas l'organisation d'un scénario imaginaire, d'autre part au défaut de sentiment de continuité du soi, qui se traduit notamment à travers des caractéristiques de la syntaxe très remarquables :

- l'absence de verbe interactif souligne le *refus de l'interaction relationnelle* qui permettrait de reconnaître l'impact de l'objet sur le sujet sans signifier immanquablement la destruction de l'un, de l'autre, ou des deux ;
- l'utilisation des adverbes et des conjonctions de coordination est tout à fait singulière, mettant en évidence une causalité arbitraire ou hermétique ;
- les nombreuses confusions entre singulier et pluriel rendent compte des difficultés d'individuation et de continuité psychique ;

– les *abstractions* montrent l'effort de distanciation par recours à une opération intellectualisante, notamment quand il s'agit de s'attacher à des situations relationnelles. En se répétant, elles montrent un processus de désinvestissement objectal.

4.3.3. Problématiques identitaires et relationnelles

L'émergence des manifestations souligne l'importance et la dépendance de ces deux problématiques identitaires et relationnelles. Les caractéristiques de la perception montrent l'extrême difficulté à reconnaître l'existence de l'objet en lui assurant une identité propre, ce qui s'interprète en terme d'impossibilité d'admettre les liens entre sujet et objet. On peut donc comprendre les défaillances graves qui spécifient la relation des schizophrènes aux objets externes comme étant déterminées par l'*exclusion de l'autre* du champ de perception du sujet.

L'*absence* et la *mort* apparaissent régulièrement dans les récits. La mort est partout présente dans ces productions sans espoir, vouées à la destruction et au désert relationnel. Mais il faut remarquer l'équivalence entre l'absence et la mort, et l'extrême difficulté à maintenir une relation dans la durée dans la mesure où les représentations de relation sont marquées par la rupture, le négativisme, comme si l'attribution d'une identité distincte aux protagonistes d'une situation relationnelle se révélait impensable.

4.3.4. Organisation défensive

La feuille de dépouillement du TAT marque bien les différences entre les moments de décompensation psychotique, le processus morbide et la chronicisation. Elle met aussi en évidence les très fortes variations interindividuelles, ce qui permet, au-delà de caractéristiques générales, de situer très précisément les ressources de chaque sujet.

Les débuts des troubles entraînent souvent une élévation des émergences en processus primaires, qui mettent en évidence les désorganisations de la pensée sans les effets de mécanismes de projection massifs, qui caractérisent notamment les protocoles « florides », montrant une excitation extrême des mouvements pulsionnels fantasmatiques difficiles à contenir. La chronicisation de la psychose, dans les cas les plus inquiétants, se traduit par une abrasion progressive de tous les ressorts pulsionnels et des ressources internes. Le primat est alors accordé à des procédés marqués essentiellement par l'inhibition, évoquant, comme au Rorschach, un assèchement considérable de la vie fantasmatique, et le recours à des formations factuelles, concrètes, points d'appui externes qui demeurent pourtant fragiles et précaires.

SECTION 2

Les épreuves projectives en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

P. Roman

Introduction

La clinique de l'enfant et de l'adolescent nous confronte tout particulièrement à la nécessité de proposer un espace de médiation dans la rencontre clinique, parfois en dehors de toute perspective diagnostique, dans une perspective de la mobilisation d'un dispositif à même d'accueillir les différents mouvements de la vie psychique dans une approche particulièrement centrée sur une dynamique des processus. Une réflexion sur le recours aux épreuves projectives en clinique de l'enfant et de l'adolescent s'impose donc afin de situer les différents enjeux qui accompagnent cette proposition.

Ces épreuves sont nombreuses et variées, comme nous le verrons, et elles se proposent dans une richesse et une diversité de sollicitations dont le psychologue doit pouvoir être en mesure de se saisir, en fonction de la situation de rencontre de l'enfant ou de l'adolescent. La proposition de l'épreuve de Rorschach à un jeune enfant de 4 ou 5 ans ne prendra bien sûr pas le même sens que cette même proposition faite à un adolescent de 15 ans. Par ailleurs, la possibilité de prendre appui sur une épreuve graphique ou sur une épreuve de jeu enrichira considérablement l'approche clinique d'un enfant dans le champ de la petite enfance ou de la latence.

Sans prétendre à l'exhaustivité, il s'agira de présenter les quatre grands groupes d'épreuves à notre disposition en clinique de l'enfant et de l'adolescent : les épreuves de jeu (pâte à modeler, Scéno-test, Mallette projective première enfance [MPPE]), les épreuves graphiques (dessin libre, épreuves à consigne – dessin de famille, D10 de J. Le Men, etc.), les épreuves structurales (Rorschach) et les épreuves thématiques (TAT, CAT, Patte-Noire, etc.).

En premier lieu, je me propose d'aborder le sens du recours aux épreuves projectives, autour de la notion de dispositif à symboliser. Cette notion permet d'inscrire la pratique des épreuves projectives dans une théorie de la symbolisation sur laquelle s'appuient, en filigrane, les propositions du présent ouvrage.

Les développements qui suivront présenteront trois axes d'appréhension des épreuves projectives :

- autour du choix et des conditions de pratique des épreuves projectives en clinique de l'enfant et de l'adolescent ;
- autour des différentes épreuves à disposition du psychologue ;
- en contrepoint, seront discutées les conditions d'émergence des repères dont les épreuves projectives en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent autorisent la construction.

CHAPITRE 26

Les épreuves projectives, un dispositif à symboliser

1. Modèle du jeu de la bobine

La référence à une métapsychologie des processus, telle que R. Roussillon (1995) en a posé les bases, me semble en mesure de préciser la manière dont les épreuves projectives participent à une fonction de butée des opérations de symbolisation de l'enfant et de l'adolescent. C'est dans cette perspective que je me propose d'inscrire cette proposition dans la continuité du jeu de la bobine décrit par S. Freud (1920) et de soutenir l'idée selon laquelle l'épreuve projective, dans une pratique référée à un corpus théorique dans le champ de la psychanalyse, peut être conçue comme un *dispositif à symboliser* (Roman, 1997a).

Le jeu de la bobine décrit par S. Freud (1920) permet de figurer la problématique de la construction de la différenciation entre réalité interne et réalité externe à partir de la mise au travail de l'hallucination dans l'expérience de l'absence. À mon sens, le jeu de la bobine constitue une figuration paradigmatique de la situation projective. Ici, ce n'est pas avec la bobine que l'enfant est appelé à jouer, mais avec le matériel de l'épreuve projective, à partir de sa matérialité (planche, élément de jeu, etc.) et, au-delà, avec les éprouvés et les images-souvenirs (Rorschach, 1920, p. 5) qui se trouvent mis en jeu à partir de la consigne.

Dans le contexte d'une participation transitionnelle de la scène projective, réactualisation de l'expérience du trouvé-créé, je propose que la situation de passation de l'épreuve projective puisse être pensée en lien avec le jeu de la bobine par la qualité de son élaboration dans le projet de faire advenir une représentation de l'absence – et non pas seulement de l'objet absent.

Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale

Dans le jeu de la bobine, le fil représente ce lien entre l'éprouvé de la présence et l'éprouvé de l'absence, alors même que la bobine figure un objet en devenir, instable dans sa présentation, encore en risque de faillite quant à sa permanence. Ainsi, le stimulus constitutif de l'épreuve projective pourrait représenter la bobine, alors même que la consigne[1], portée par le psychologue dans le cadre de la relation clinique, figurerait une trace du fil dont le sujet aurait à se saisir dans le projet de la production de la réponse.

En ce sens, la situation projective permet que se rejoue un éprouvé des expériences primaires, étant donné qu'elle se construit, comme cadre pour symboliser, dans la continuité du premier cadre de symbolisation de l'enfant qu'est la mère.

C'est dans la mesure de la perméabilité des espaces internes et externes de l'enfant – culminant, de ce point de vue, dans les expressions adolescentes mais dont on trouve également les traces dans le temps de la petite enfance – et de la plasticité des mouvements intrapsychiques qui les mobilisent que les modalités d'investissement de ce dispositif auront à être repérées.

Dans ce cadre, et en référence avec le jeu de la bobine, il me semble que l'on peut retenir trois indices, qui reprennent les trois organisateurs de ce jeu, dans le projet de repérer les points de butée des opérations de symbolisation dans la confrontation à l'épreuve projective. Il s'agira de distinguer :

- la qualité et l'efficience des procédures de différenciation du stimulus, qui témoignent de la reconnaissance de l'objet, dont C. Beizmann (1971) a pu décrire l'évolution dans le champ de la clinique infantile dans le cadre de l'épreuve de Rorschach, et au regard desquelles j'attache une importance toute particulière quant à la dynamique qui s'établit dans le rapport entre la figure et le fond[2], à partir du matériel de l'épreuve projective ;
- les modalités d'investissement de la motricité, sur l'axe décharge/intériorisation, dans la mesure où elles rendent compte d'une part de la potentialité d'instauration de la permanence de l'objet, et d'autre part de l'établissement d'une aire de jeu interne ;
- la nature du recours au langage, en tant que support opérationnalisant la réponse face à la planche de l'épreuve projective, ou dans

1. La question de la consigne est, à mon sens, une question extrêmement sensible dans ce qu'elle engage de l'épreuve de la symbolisation. Nous y reviendrons dans le prochain chapitre, consacré aux propositions de méthode.
2. L'approche de la mobilisation projective à partir du paradoxe de la négativité (Roman, 2001) ouvre un champ fécond pour l'identification des enjeux du traitement du rapport de la forme et du fond dans la production projective.

l'accompagnement de la *production* projective (dessin, jeu), tant dans une lignée élaboratrice que régressive. C'est essentiellement dans le langage – y compris dans les blancs de celui-ci – que se traduira le niveau d'élaboration de la symbolisation, et que s'exprimeront tout particulièrement ce que je nomme les *catastrophes de symbolisation* (Roman, 1997b), ratés de la verbalisation, ruptures, glissements, confusion, etc.

2. « Métapsychologie projective » des processus

L'inscription de la problématique de la projection dans une métapsychologie des processus, spécifiée par le modèle de la transitionnalité, conduit R. Roussillon (1997a) à renverser le postulat selon lequel ce qui est de l'ordre du perçu appartiendrait à la réalité externe, et, en conséquence, au monde des objets, au regard de ce qui appartiendrait à la réalité interne et qui serait spécifié par la vie psychique.

Le rationnel de ce déplacement de la fonction de la perception, d'une topique externe à une topique interne, trouve sa justification dans le souci de tirer les conséquences de l'inclusion par S. Freud (1923b), au sein de sa seconde topique, d'un pôle perceptif aux côtés du pôle de la conscience, appartenant au moi.

L'enjeu de la rencontre avec le stimulus des épreuves projectives ne consisterait pas, dans ce modèle, en une confrontation entre monde interne et réalité externe, mais dans une mise en jeu des organisateurs de l'activité de symbolisation au regard de l'excitation visuelle produite par le stimulus. Selon cette modélisation, le trajet de l'excitation emprunterait les voies régrédientes de l'appareil psychique, afin de se construire en liaison somatique, puis en symbolisation primaire et secondaire, interrogeant d'une part la liaison des éprouvés primaires à partir de l'expérience somatique ainsi que les traces de l'impensé familial, et d'autre part les censures liées aux interdits dans leur élaboration secondarisée. La réponse projective porterait ainsi la marque de ce cheminement intrapsychique, de ses avatars voire de ses faillites.

À partir de là, la qualité de la production de l'enfant ou de l'adolescent pourra être référée au registre d'élaboration du processus de la réponse, selon le registre dont elle porte la marque (accès à un niveau de symbolisation, avatar ou court-circuitage de chacun des niveaux de symbolisation : somatique, primaire et secondaire).

C'est dans la lignée de cette modélisation dynamique de l'activité projective que j'ai été amené à élaborer des propositions méthodologiques dans le champ de la pratique de l'épreuve de Rorschach en

clinique infantile et adolescente, autour de ce que je nomme des catastrophes de symbolisation (Roman, 1997b). Il s'agit de mettre en évidence, de manière spécifique selon l'enjeu clinique et/ou psychopathologique dont témoigne la problématique de l'enfant ou de l'adolescent, des indices permettant de repérer les ratés de la symbolisation face à la proposition du matériel projectif et d'en établir le registre d'expression[1].

Au-delà du repérage de l'engagement de l'activité de symbolisation dans la rencontre avec les épreuves projectives, se profile la nécessité de référer cette mise au travail à la spécificité de ce matériel, au regard de la diversité des épreuves projectives à disposition du psychologue. D'une manière ou d'une autre – j'y reviendrai dans le développement consacré aux différentes épreuves disponibles –, les épreuves projectives se proposent comme des dispositifs privilégiant les espaces en creux qu'elles offrent au déploiement de l'imaginaire de l'enfant ou de l'adolescent. Il m'est apparu à ce point-là qu'une liaison était possible avec la notion de médium malléable défendue par M. Milner (1955) et reprise par R. Roussillon. Les conceptions de M. Milner permettent, en particulier, de proposer un lien entre la problématique de la symbolisation et celle de la régression.

3. Malléabilité, jeu et épreuves projectives

M. Milner insiste sur la manière dont l'enfant, dans sa démarche de construction du monde, est confronté à une :

> [...] capacité à tolérer une perte momentanée du sentiment de soi, un abandon temporaire d'un Moi distinct, séparé [...] Cela décrit, peut-être, l'état d'esprit décrit par Berenson comme le « moment esthétique ». (1955, p. 46)

M. Milner introduit, à partir de ce constat issu de la pratique psychothérapique, la nécessité de l'introduction d'un intermédiaire dans le lien avec l'enfant, intermédiaire que l'on pourrait aussi nommer matériau ou médium, dont la fonction est de contenir, d'une certaine manière, les enjeux projectifs voire persécutoires liés à la rencontre avec la réalité externe.

1. La définition des différents critères permettant le repérage de ces indices traversera les développements des deux chapitres suivants.

3.1. Notion de médium malléable

C'est dans cette lignée que je souhaite introduire la perspective du médium malléable comme sous-tendant le recours aux épreuves projectives en clinique de l'enfant et de l'adolescent dans une double dimension :

- celle du médium, au sens de l'intermédiaire mis en évidence par M. Milner, qui constitue une garantie vis-à-vis des vécus d'intrusion mobilisés dans le cadre de l'examen psychologique ;
- celle du malléable, au sens de la potentialité d'appropriation portée par le matériel lui-même, du fait de l'indécidabilité de ses contours.

J'insiste ici sur l'intrication de ces deux dimensions de l'intermédiaire et de la malléabilité qui définit les conditions de la participation transitionnelle dans le champ relationnel.

R. Roussillon, dans sa reprise de cette notion de médium malléable (1991), en appui sur les travaux de M. Milner, ouvre la voie afin de penser les dispositifs cliniques comme dispositifs à symboliser. Si la définition que R. Roussillon énonce concerne en premier lieu, comme support matériel, la pâte à modeler, je proposerai de l'entendre, au-delà, au contexte de l'ensemble des épreuves projectives.

On peut en effet définir la situation projective initiée par les différentes épreuves comme une proposition de mise à l'épreuve d'un matériau, qui se caractérise par sa potentialité d'appropriation par l'enfant ou l'adolescent, mise en jeu médiatisée de l'épreuve de l'image et de la représentation, qui se déploie au sein d'une relation clinique autorisant les engagements transférentiels et contre-transférentiels,

En arrière-plan, il est bien sûr question de proposer à l'enfant ou à l'adolescent, nous l'avons vu, un espace de réactualisation, de répétition des expériences infantiles, dans la mesure où ces expériences concernent l'élaboration des premières représentations. Le clinicien propose alors, dans le cadre de la relation clinique, l'espace de la contenance maternelle, en écho à l'expérience primaire de la constitution de l'enveloppe maternelle primitive (Roman, 1996, 2001) et au destin de celle-ci.

3.2. Caractéristiques du médium malléable

Pour R. Roussillon (1991), le médium malléable comporte cinq caractéristiques de base, qui vont lui conférer la spécificité de la malléabilité, support privilégié pour la mise en jeu du détruit-trouvé et du trouvé-créé : indestructibilité, extrême sensibilité, indéfinie transformation, inconditionnelle disponibilité et animation propre (fonction

de support du mouvement animiste infantile). Chacune de ces fonctions vient spécifier les enjeux propres des épreuves projectives :

- l'indestructibilité porte ici bien sûr moins sur la dimension strictement matérielle du stimulus que sur sa capacité à se laisser attaquer, dans ses contours et sa consistance, par les projections de l'enfant ;
- l'extrême sensibilité du support des épreuves projectives se donne à voir à travers la prégnance et la diversité des modalités sensorielles des matériels proposés, des planches de Rorschach, de CAT (*children aperception test*) ou de TAT aux épreuves de jeu voire aux propositions graphiques, qu'il s'agisse d'une sensibilité visuelle, tactile ou motrice, etc. ;
- l'indéfinie transformation tient au potentiel d'indécidabilité ouvert par l'invitation au *comme si* de la consigne de l'épreuve projective, et à la manière dont la qualité propre au matériel est rendue active par la sollicitation à l'imaginaire[1] ;
- l'inconditionnelle disponibilité dont témoigne la situation projective ouverte par les épreuves projectives est rendue possible par le caractère nécessairement non directif de la consigne, qui s'appuie à la fois sur l'absence de mention précise de la qualité du stimulus et/ou du matériel proposé et sur le caractère relativement imprécis de la commande à partir de celui-ci ;
- enfin, la fonction d'animation propre, support de l'animisme infantile, est mise à l'épreuve par la potentialité de rythmicité (instauration d'une histoire de la rencontre) ouverte par le matériel de l'épreuve projective, quel qu'en soit le support, fonction d'animation propre dont on peut repérer les témoins au travers du mode d'engagement des objets internes du sujet.

Si le médium malléable est conçu par R. Roussillon comme « l'objet transitionnel du processus de représentation » (1991, p. 137), c'est-à-dire comme l'objet – au sens d'un espace d'expérience support de la vectorisation interne/externe – à partir duquel va pouvoir s'élaborer une position subjective dans la confrontation à l'instauration d'une objectalité, on peut dire que les épreuves projectives participent bien de ce champ d'expérience proposé à l'enfant ou l'adolescent.

1. Sur un plan expérimental, il n'est qu'à faire le constat de l'extrême diversité des réponses produites par les enfants et les adolescents face aux différentes épreuves projectives pour confirmer cette fonction d'indéfinie transformation. *A contrario*, la clinique nous permet de considérer l'incapacité de l'enfant ou de l'adolescent à se saisir de cette fonction de transformation du matériel comme un signe concourant aux indices mobilisés dans la discussion clinique et psychopathologique.

3.3. Enjeux

Transférer le concept de médium malléable dans le champ de la situation projective engage, à mon sens, deux types d'enjeux, l'un théorique et l'autre méthodologique.

Sur le plan de l'inscription théorique de la méthode, il y a là, me semble-t-il, matière à confirmer les positions soutenues jusqu'alors par D. Anzieu (1970) puis C. Chabert (1983) sur le caractère transitionnel de la situation projective. La situation projective peut alors être conçue, en tant que cadre et processus, comme support du processus de représentation, comme objet transitionnel du processus de représentation. Au-delà du matériel proposé, c'est donc l'ensemble de la situation qui constitue une sollicitation transitionnelle : le matériel, la consigne, le lien au clinicien, etc.

Sur le plan méthodologique, les cinq caractéristiques du médium malléable décrites par R. Roussillon vont conduire à porter un autre regard sur la définition des conditions de possibilité de l'instauration de l'aire transitionnelle d'expérience au sein de la situation projective. À partir de là, c'est l'ensemble de la disponibilité de la situation projective qui se trouve réinterrogée, dans sa capacité à se constituer comme butée au regard des expériences destructrices, dans la plasticité des supports – animés et non animés – qu'elle propose et, bien sûr, dans la mobilisation de la malléabilité du clinicien.

La question de la mise en jeu du clinicien dans le contexte de la situation projective m'apparaît comme un point tout à fait central. C. Chabert (1994) rappelle que la passation des épreuves projectives, considérée dans une démarche clinique, s'inscrit dans une « clinique des transferts » (p. 95).

On peut dire, en ce sens, que le lien transféro-contre-transférentiel, au sein duquel se déploie la situation projective, constitue, en fonction de ses modalités d'instauration spécifiques, une figure prototypique du lien à l'objet de l'enfant ou de l'adolescent.

4. Cadre et symbolisation

4.1. Le « fond silencieux »

J'ai proposé de travailler la question de la position du clinicien dans le cadre de la passation d'épreuves projectives (Roman, 2001) en interrogeant, à partir du dispositif de la cure analytique, le mode d'investissement de la neutralité, et en formulant l'hypothèse d'un déplacement de la fonction-neutre de l'analyste sur une fonction-neutre portée par le matériel. Ne peut-on alors penser que c'est cette

fonction-neutre du matériel, garantie par le clinicien en ce qu'il énonce une consigne porteuse de tous les possibles, qui soutient la qualité de médium malléable de la situation projective ?

L'enjeu essentiel me semble être de pouvoir offrir à l'enfant ou à l'adolescent, dans le cadre de la situation projective, l'actualisation d'un fond maternel primaire, fond qu'A. Green (1974), en référence au modèle de la cure analytique et suite aux propositions de J. Bleger propose de définir comme : « fond silencieux, constante qui permet aux variables du processus un certain jeu » (p. 237).

C'est ce fond qui serait en mesure de contenir les différents enjeux portés par la malléabilité de la situation, dans la rencontre spécifique avec le stimulus de l'épreuve projective. Cette rencontre *force* la symbolisation et, partant, *force* les processus fondateurs de l'instauration de l'objectalité (sur le double versant du matériel et du clinicien).

4.2. Fonctions du fond : le blanc de la planche de Rorschach

À partir de ces propositions, se dessine la convocation de la position du fond, comme arrière-plan et comme support au sein du dispositif clinique de l'épreuve projective. De manière paradigmatique, se trouve posée la question de son actualisation dans le cadre de la passation.

En effet, je propose, dans cette voie, que le fond blanc de la planche de Rorschach contient un certain nombre de fonctions, propres à constituer un cadre pour la production des réponses, qui tiennent dans sa qualité de fond muet du dispositif.

- Le blanc a une fonction de support pour le déploiement du travail de la symbolisation, voire une fonction d'attracteur de la symbolisation, en référence aux expériences primaires. Le blanc serait alors représentant de l'enveloppe maternelle primitive[1], support des mouvements pulsionnels en direction de l'objet primaire qui, contenus dans le cadre du matériel, vont donner corps à l'élaboration représentative.

1. Voici la définition que je propose de l'enveloppe maternelle primitive (Roman, 1996) : « l'enveloppe maternelle primitive consisterait dans l'intériorisation des qualités des premières rencontres avec la mère-environnement, rencontres qui se constituent comme siège des premières émergences de la symbolisation ». J'ai à différentes reprises eu l'occasion de soutenir que le premier dispositif à symboliser de l'enfant est le corps de la mère. Dans cette lignée, l'enveloppe maternelle primitive représenterait ces premières expériences du fond sur lequel se sont développés les mouvements de transformation des éprouvés primaires sur le plan de la sensorialité : support des premières représentations accompagnant le processus de mise en image de ces éprouvés, l'enveloppe maternelle primitive soutient les procédures d'auto-information du sujet, mouvement participant de l'élaboration du moi-peau (voir Roman, 2001).

- Le blanc est cadre pour la représentation, représentant de l'absence de représentation (Roman, 1997b). En tant que cadre, on peut considérer, en rapportant les travaux de J. Bleger (1988) sur le cadre institutionnel au cadre anthropologique que constitue le blanc, que celui-ci exerce une fonction de dépôt des mouvements pulsionnels archaïques.
- Le blanc soutient la fonction de jeu du dispositif en instaurant, dans le lien dialectique qui l'attache au matériau *per se* de l'épreuve (fond blanc de la planche de Rorschach, blanc-cadre de la planche de TAT, plateau de jeu du Scéno-test, doudou de la Mallette projective première enfance [MPPE], etc.), une fonction d'écart autorisant l'établissement d'un jeu pulsionnel, et confirmant les conditions du maintien du *comme si*, afin de soutenir la circulation entre affect et représentation.
- Le blanc, dans la figure en creux qu'il énonce, maintient l'unité des investissements pulsionnels, et se propose comme conteneur de l'ambivalence des engagements affectifs.
- Le blanc, ou la trace en blanc qui inscrit la vacance, soutient, nous l'avons vu, une fonction-neutre (Roman, 2001) du dispositif projectif, fonction-neutre supportée par le clinicien, garante de la vectorisation pulsionnelle et de ses débordements au travers des règles fondant la situation projective, règles à la fois implicites et objet d'énonciation au travers de la consigne : libre association, limitation de l'expression motrice au matériel de l'épreuve projective, etc.

On le voit, l'enjeu de la définition du cadre qui organise la rencontre avec le matériel de l'épreuve projective engage *a priori* les conditions dans lesquelles le clinicien va se trouver mobilisé, à la fois dans le temps de la rencontre clinique et dans le temps de l'élaboration clinique des productions de l'enfant ou de l'adolescent.

Les prochains développements visent à préciser, sur le plan de la méthode et sur celui de la démarche de traitement du matériel, les repères nécessaires à une pratique des épreuves projectives congruente à son objet : la clinique et la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.

CHAPITRE 27

Le recours aux épreuves projectives en clinique de l'enfant et de l'adolescent

1. Introduction

Il convient de considérer la pratique des épreuves projectives dans le cadre de la consultation psychologique, consultation ouverte par une demande adressée à un psychologue, professionnel spécialiste de la vie psychique. Dans une perspective psychopathologique, on ne saurait réduire cette adresse à l'interpellation d'un technicien de la pratique du bilan psychologique (psychométricien ou psychodiagnosticien selon les époques), dans la mesure où la démarche du bilan psychologique engage, nécessairement, de la part de celui qui le pratique, une connaissance approfondie des organisateurs et de la dynamique du fonctionnement psychique et de ses avatars.

Par ailleurs, il importe de ne pas sous-estimer la place de l'engagement intersubjectif propre à la rencontre clinique ainsi que la nature des enjeux qui en découlent. À mon sens, ces enjeux sont doubles :
- d'une part au plan de la prise en compte des mobilisations transférentielles et contre-transférentielles qui se déploient dans le cadre de l'examen psychologique en tant qu'elles témoignent des potentialités d'engagement relationnel de l'enfant ou de l'adolescent ;
- d'autre part au plan des effets de transformation propres à accompagner la pratique de l'examen psychologique (Guillaumin, 1977)

La prise en compte des enjeux de la proposition des épreuves projectives dans la dynamique qu'elle ouvre, tant au plan de l'intrapsychique qu'au plan de l'intersubjectif, conduira à présenter et à discuter un certain nombre de questions autour des conditions de la consultation, de la mise en œuvre du bilan projectif dans ce cadre et de la transmission qui clôture la démarche de l'examen psychologique.

2. Les conditions de la consultation

2.1. Élaboration de la demande

La consultation psychologique (ou examen psychologique) représente le fond sur lequel vont se déployer les différents dispositifs d'épreuves projectives mobilisés dans la rencontre avec l'enfant et l'adolescent.

Cette consultation s'inscrit en réponse à une demande, dont la spécificité tient dans le fait qu'elle se trouve, à de très rares exceptions près, portée par un adulte en position de responsabilité, qui accompagne l'enfant ou l'adolescent[1] dans cette démarche. Cet adulte occupe une fonction de porte-parole de l'enfant ou de l'adolescent et/ou de son symptôme. Si cet adulte est dans la plupart des cas le ou les parents de l'enfant, il se trouve bien souvent lui-même porteur d'une demande émanant d'un tiers ; à cet égard, l'institution scolaire, et particulièrement l'école primaire, représente une instance de prescription centrale. L'appel au psychologue constitue une des modalités (parfois imaginaire) de traitement des différentes manifestations *scolaires* de la souffrance de l'enfant, qu'elles soient repérées en termes de difficultés dans l'accès aux apprentissages ou en termes de comportement troublé.

Sans doute faut-il insister à cet égard sur l'enjeu central que représente la première rencontre de l'enfant ou de l'adolescent, car elle devra permettre de situer non seulement le registre de la demande explicite présentée par les parents et l'implicite qui l'accompagne, mais également dans quelle mesure cette demande concerne l'enfant en tant que sujet. En effet, il s'agira de travailler à dégager l'enfant de ce qui, au nom de la demande émise par les parents (demande qui est parfois simple répétition d'un discours porté par un autre), ne lui appartiendrait pas en propre. En d'autres termes, au-delà du symptôme dont témoigne l'enfant, au-delà de la place qui peut lui être assignée dans le discours parental, se présente une double question :

- celle de la fonction du symptôme attribué à l'enfant dans l'économie psychique du (ou des) parent(s), voire dans l'économie des relations entre une instance sociale (l'institution scolaire le plus souvent) et les parents ;

1. Je n'évoquerai pas ici les situations de rencontre de l'enfant et de l'adolescent « sous contrainte » (expertise judiciaire, investigation dans le cadre de la protection de l'enfance ou de la délinquance des mineurs, etc.) qui engagent de manière un peu différente la question de la demande en en complexifiant la vectorisation. L'enjeu général m'en paraît toutefois assez proche dans la mesure de la nécessité, dans toute situation de consultation, de soutenir la reconnaissance d'une place de sujet de l'enfant ou de l'adolescent.

- celle de l'identification, au-delà des discours portés sur le symptôme de l'enfant, des éléments témoignant d'une souffrance de l'enfant.

On comprend alors que la prise en compte de la demande dans le cadre de l'examen psychologique de l'enfant ou de l'adolescent nécessite d'être en mesure de tenir en tension une préoccupation pour la dimension familiale de l'expression symptomatique d'une part, et pour la place et le soutien du sujet singulier d'autre part. Les situations dans lesquelles une consultation est demandée pour un enfant par un parent séparé du conjoint, en vue de l'obtention d'une attestation visant à dévaluer la place de ce dernier, peuvent constituer une illustration exemplaire de cette problématique. De même, les situations dans lesquelles des parents séparés consultent dans la perspective d'une prise en charge de leurs enfants alors même qu'ils ne sont pas capables d'élaborer leur séparation de couple me semblent paradigmatiques d'un déplacement sur l'enfant de la symptomatologie parentale – même si l'on ne peut nier par ailleurs l'authentique souffrance manifestée par l'enfant.

La rencontre avec l'enfant, et sans doute de manière plus aiguë la rencontre de l'adolescent, pourrait alors être pensée sous le signe d'un projet d'appropriation a minima de la démarche dans laquelle il se trouve parfois à son défendant engagé. Nous verrons que la manière dont le dispositif de la rencontre est énoncé, en particulier autour des épreuves projectives, est un élément déterminant pour autoriser un tel mouvement. J'insisterai tout spécialement sur la place qu'occupe ce que l'on nomme le temps de *restitution* à l'issue de l'examen psychologique, restitution dont une des fonctions princeps tient dans le soutien de la position du sujet selon des conditions qu'il nous faudra déterminer.

2.2. Un espace de parole

On le voit, ce premier travail d'élaboration de la demande vise à faciliter l'ouverture d'un espace de parole (et, de manière plus large, un espace d'expression) qui se présente à la fois dans un processus de différenciation et de lien vis-à-vis des figures parentales. En effet, dans l'examen psychologique de l'enfant, se joue au fond la question de la continuité parent-enfant, au sens de la survivance d'un lien de dépendance, liée à l'immaturité de l'enfant, dans un contexte de *nécessaire* séparation. Par ailleurs, la problématique de la répétition tend à infiltrer le mode d'énoncé de la demande du (ou des) parent(s), dans la mesure de la réactualisation de la propre histoire de souffrance psychique de celui-ci (ou de ceux-ci). Sans doute devrait-on

pouvoir entendre, au-delà de la demande exprimée *pour* l'enfant, ce qui pourrait être à soigner de la part infantile du parent dans la démarche de consultation psychologique médiatisée par l'enfant.

Dans le temps de l'adolescence, on peut relever une acuité particulière quant à l'engagement d'une démarche d'examen psychologique, dans le sens où, de façon centrale, la crise se manifeste sur fond d'une mise à distance de la position parentale. En effet, si l'adolescence est par définition le temps de la crise, l'ouverture d'un espace de parole, dans la paradoxalité d'un dispositif qui est à la fois à destination de l'adolescent et prescrit par les parents, requiert une clarification et une différenciation claire des espaces. Si l'adolescent est, bien sûr, reçu en l'absence de ses parents, le contrat de l'examen psychologique inscrit la nécessité de la transmission, par le psychologue, d'un certain nombre d'éléments de sa compréhension aux parents. À ce titre, on peut considérer que davantage que dans le champ de la clinique infantile, la position du psychologue, au travers de la construction du dispositif de l'examen psychologique, peut être rapprochée de la position d'un équilibriste. La place des épreuves projectives, dans la fonction de médiation que celles-ci occupent au sein de la rencontre clinique, se révèle alors tout à fait précieuse, en ce qu'elles autorisent une forme de dégagement au sein d'une situation paradoxalement séductrice[1]. En effet, la dimension objectivante d'un outil proposé par le psychologue à plus d'un patient (voire systématiquement comme partie intégrante de sa pratique clinique) contribue à offrir une aire de jeu dans la rencontre. On peut considérer que davantage que pour n'importe quel sujet, l'explicitation du dispositif, de ses enjeux et de la liberté de l'adolescent à s'y engager ou non autorise un soutien à l'élaboration, par l'adolescent, d'une demande qui lui appartienne a minima. On insiste souvent, à juste titre, sur la dimension de double alliance que requiert la mise en œuvre de l'examen psychologique de l'adolescent, double alliance que l'on peut à nouveau référer au paradoxe : alliance avec les parents, qui portent la demande et, bien souvent, le financement de l'examen psychologique (alliance nécessitant une forme de renoncement, de la part des parents, d'une emprise sur la vie psychique de leur enfant) ; alliance avec l'adolescent qui s'appuie sur la possibilité pour ce dernier d'un déplacement des motions identificatoires sur le psychologue, sans risque d'*envahissement* transférentiel.

1. La valeur séductrice, voire traumatique, des propositions projectives n'est plus à démontrer, dans la mesure de la dimension excitante de la sollicitation de l'enfant ou de l'adolescent à partir d'un stimulus qui engage électivement la dimension du voir (voir Roman, 1998).

Ainsi, selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent, le préalable à la mise en œuvre du bilan projectif consiste dans un premier travail de transformation que le psychologue va s'efforcer de soutenir, celui de la transformation d'une demande adressée *au lieu* d'un sujet vers une demande adressée *par* un sujet.

3. Bilan projectif

3.1. Objectifs

On peut considérer que la démarche du bilan projectif en direction (ou au bénéfice) de l'enfant ou de l'adolescent est triple :
- un objectif de (re)mobilisation psychique, le dispositif projectif pouvant être compris comme une situation d'excitation à même d'appeler une réponse marquée par la qualité des investissements psychoaffectifs de l'enfant ;
- un objectif d'évaluation de la qualité des processus psychiques de l'enfant ou de l'adolescent, dans le contexte du développement psychoaffectif, dont rend compte la dynamique des productions projectives ;
- un objectif de construction psychopathologique, qui ouvre sur une inscription nosographique des troubles présentés par l'enfant ou l'adolescent, que je propose de penser en appui sur la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFT-MEA, 2000).

3.2. Motiver le choix, éviter les risques

Au fond, on peut considérer que le choix du bilan projectif dans le cadre de l'examen psychologique n'est jamais indifférent. Si l'on peut aisément en justifier la pratique à partir du soutien que représentent les épreuves projectives dans une perspective d'objectivation des processus psychiques et de leur tonalité psychopathologique éventuelle, il ne faut pas négliger le risque que peut représenter le recours à des techniques qui viendraient en place de la rencontre clinique. En d'autres termes, le risque d'un recours sans discernement au bilan projectif pourrait être celui d'une fétichisation de l'outil que représentent les méthodes projectives soit dans une perspective d'idéalisation des données issues de cette rencontre (l'utilisation des épreuves projectives permettrait de servir un *tout-voir* et *tout-savoir* du sujet), soit dans une perspective d'évitement de la rencontre.

À cet égard, on peut faire l'hypothèse que la construction d'un dispositif projectif en appui sur un nombre suffisant de rencontres (et

plus d'une rencontre en tout état de cause), une pluralité suffisante d'épreuves (plus d'une épreuve) et l'instauration de temps clairement différenciés dans la rencontre autorisent l'instauration de garde-fous au double risque énoncé ci-dessus.

3.3. Mise en œuvre

La rencontre avec un enfant ou un adolescent se trouve en risque d'être traversée par la labilité de ses aménagements et par la prégnance qu'occupe l'environnement dans les prises de position subjectives.

La possibilité offerte à l'enfant ou à l'adolescent de *plus d'une rencontre* ouvre un champ d'expériences relationnelles pluriel, autorisant un déploiement suffisant des mouvements transférentiels, tant du point de vue de l'enfant que du point de vue de l'adulte qui l'accompagne.

La mise en œuvre, dans le bilan projectif, de *plus d'une épreuve* autorise l'investissement de postures d'écart, qui introduisent un jeu dans la situation de l'examen psychologique et, partant, une appréhension de la complexité de la vie psychique de l'enfant ou de l'adolescent. On peut à cet égard rappeler l'intérêt de la proposition conjuguée d'épreuves projectives et d'épreuves d'efficience intellectuelle (type échelles de Wechsler, K-ABC, etc.), considérant la continuité du fonctionnement psychique dans les registres cognitifs et psychoaffectifs. Les travaux de R. Misès (1990) apportent de ce point de vue des perspectives tout à fait précieuses autour de la dynamique des « pathologies-limites de l'enfance ». En contrepoint, les travaux concernant une approche clinique de l'intelligence, initiés par S. Bourgès (1973) et prolongés actuellement par C. Arbisio (2003), mettent l'accent sur les enjeux projectifs des différents subtests au sein de chacune des échelles (verbale et performance) et sur la dimension projective des sollicitations portées par chacun des items. Par ailleurs, au cœur même du bilan projectif, la proposition d'épreuves projectives ouvrant sur des tâches variées et mobilisant des compétences dans des registres différents contribue à la qualité ainsi qu'à la richesse de l'approche clinique et psychopathologique. Parmi les épreuves à la disposition du psychologue, on peut en effet identifier différents types d'épreuves dans la sollicitation qu'elles engagent : épreuves de dessin (libre ou à consigne), épreuves de jeu (spontané ou formalisé), épreuves projectives thématiques (à support figuratif) ou structurales (à support non figuratif).

Enfin, parmi les enjeux centraux présidant à la mise en œuvre du bilan projectif, on peut mentionner l'importance que celui-ci s'ouvre

sur une explicitation de la démarche du bilan, explicitation portant tout autant sur les différentes étapes de l'examen psychologique et sur la différenciation des espaces (entretien préalable, passation des épreuves, restitution) que sur la nature des épreuves proposées et leur place dans le paysage clinique et scientifique actuel.

On le comprend, la mise en œuvre du bilan projectif procède d'un processus d'appropriation par le psychologue des paramètres issus de la rencontre entre la demande qui lui est adressée et l'offre qu'il peut être en mesure de soutenir. En ce sens, on peut affirmer que la situation du bilan projectif ne constitue ni un « trouvé », situation standard dont le psychologue se contenterait d'organiser la réplication, ni un « créé », issu de la créativité du professionnel, mais bien un « trouvé-créé » à même de soutenir les engagements imaginaires de l'enfant ou de l'adolescent[1].

4. Transmission du bilan projectif

4.1. Restitution et place de l'enfant ou de l'adolescent

Il n'est pas de bilan projectif qui puisse être considéré en dehors de la pensée d'une adresse de ses conclusions au principal bénéficiaire, ici l'enfant ou l'adolescent. Ce que l'on appelle habituellement *restitution* correspond, de fait, à la transmission de la compréhension que le psychologue aura pu construire, au décours de l'examen psychologique, du fonctionnement psychique de l'enfant ou de l'adolescent, des zones de fragilité et/ou de souffrance, des lignes de rupture et de réaménagement, des potentiels et des ressources mobilisables, etc.

Ce temps de la restitution appartient de plein droit au dispositif du bilan projectif ; il constitue un point d'aboutissement de l'examen psychologique, qui vectorise la démarche de la rencontre clinique et lui donne son sens. Par ailleurs, il me semble que la place accordée à ce temps de la restitution représenterait une forme de garde-fou à l'égard de l'engagement de la pulsion du voir (Bonnet, 1996), dont je fais l'hypothèse qu'elle occupe une place centrale dans la démarche

1. Il paraît à ce stade nécessaire de faire référence au Code de déontologie des psychologues, qui prévoit que le psychologue est seul maître du choix des techniques qu'il met en œuvre (art. 3, titre 1), et qui insiste sur la compétence requise pour l'utilisation de celles-ci (art. 2, titre 1). J'ajouterai par ailleurs que le lien qu'entretient le psychologue avec les épreuves qu'il met en œuvre dans le bilan projectif constitue un enjeu tout particulier : la question des engagements *contre-transférentiels* du psychologue au regard de l'épreuve apparaît comme un aspect décisif dans le choix des épreuves pour la construction du dispositif du bilan projectif.

de l'examen psychologique et en particulier du bilan projectif[1]. En effet, de quoi s'agit-il dans cette démarche de restitution ? Il s'agit pour le psychologue de soutenir auprès de l'enfant ou de l'adolescent une position de sollicitude (que l'on peut inscrire dans le champ du soin maternel, à la suite de D.W. Winnicott), position qui ouvre sur la transmission d'une parole qui contient une reconnaissance de la souffrance de l'enfant ou de l'adolescent. En filigrane, on peut reconnaître dans ce temps de la restitution le projet de la construction d'une explicitation d'un sens à la souffrance, au travers de la proposition d'une figuration et/ou d'une représentation du fonctionnement psychique de l'enfant ou de l'adolescent et de ses avatars.

À mon sens, la dimension structurante de ce temps de restitution se trouve soumise à une claire articulation de la place respective de l'enfant ou de l'adolescent d'une part, et des parents d'autre part. Cette articulation repose sur une scansion en deux temps de la restitution : le premier concerne l'enfant ou l'adolescent, à qui s'adresse de façon privilégiée le psychologue ; le second, le(s) parent(s) qui sont destinataires, en seconde intention, des propositions du psychologue. L'intérêt de ce dispositif tient dans le fait qu'il signale sans ambiguïté le destinataire de l'examen psychologique, et qu'il affirme la reconnaissance d'un statut de sujet à l'enfant ou à l'adolescent. Il autorise également l'instauration d'un échange entre l'enfant ou l'adolescent et le psychologue, en appui sur la mobilisation d'une position réflexive, sur fond d'un dégagement d'un lien d'emprise à l'égard des figures parentales. Cette position confirme, au fond, la place qu'aura occupé l'enfant ou l'adolescent tout au long du bilan projectif et qui ne saurait, au temps de sa clôture, se rabattre sur un énoncé implicite d'une position de dépendance vis-à-vis de l'adulte.

4.2. Contours et contenus de la transmission

Il importe à ce point de s'attacher à la forme que peut revêtir ce temps de restitution et d'en préciser les contours et les contenus. En effet, si le temps de la restitution au sein d'un entretien, préalable à tout compte-rendu du bilan projectif, apparaît incontournable (ainsi que nous venons de le montrer), la dimension de l'écrit constitue un élément déterminant dans le déroulement du processus ouvert par

1. J'ai proposé une réflexion sur cette question, à partir de la situation d'expertise judiciaire qui exacerbe la mobilisation du voir et nécessite, tout particulièrement, une réflexion sur l'aménagement du dispositif de la rencontre de l'enfant ou de l'adolescent (Roman, 1998).

l'examen psychologique. Cet écrit s'inscrit dans la démarche du bilan projectif, et sera, selon le cadre de l'exercice clinique et la demande qui est adressée au psychologue, soit exclusivement destiné aux parents de l'enfant ou de l'adolescent, soit également destiné à un tiers (médecin-psychiatre, magistrat, institution de soins ou éducative, etc.). Il paraît indispensable que les parents soient, en tout état de cause, destinataires d'un exemplaire du rapport rédigé par le psychologue, ce qui contraint le psychologue, on le comprend, à user d'une langue et d'un langage suffisamment accessibles pour rendre compte du bilan projectif et de ses conclusions. De fait, dans ce temps de la transmission, le psychologue se trouve contraint au lieu d'une tension qui s'exerce entre :

- d'une part la nécessité de l'expression de ses compétences spécialisées dans le champ de l'évaluation du fonctionnement psychique en appui sur les épreuves projectives (qui implique le recours à un corpus de concepts et de notions complexes) ;
- d'autre part le souci d'un partage de sa compréhension de la problématique de l'enfant ou de l'adolescent pour lequel il a été sollicité.

On peut ajouter que la nécessité d'une écriture *adaptée* du compte-rendu de bilan projectif contribue à soutenir, pour le psychologue, une interrogation déontologique et éthique quant à son engagement professionnel.

Par ailleurs, il semble impératif que les contours du rapport de bilan projectif soient suffisamment clairement tracés. En effet, on peut considérer qu'il doit essentiellement contenir des éléments propres à éclairer la question autour de laquelle la demande s'est présentée puis construite avec l'enfant ou l'adolescent, et se garder de toute ambition totalisante (voire totalitaire) dans l'appréhension du fonctionnement psychique.

Outre les éléments propres à permettre une représentation des conditions de déroulement du bilan projectif (énoncé de la demande, lieu et nombre de rencontres, épreuves proposées à l'enfant ou l'adolescent, conditions de la restitution), le rapport devrait pouvoir rendre compte de la dynamique du fonctionnement psychique de l'enfant ou de l'adolescent, nécessairement inscrit dans la perspective de son développement. Le registre des angoisses, la mobilisation défensive, le mode de structuration identitaire et identificatoire, la qualité des aménagements psychiques dans le jeu relationnel constituent ainsi les thématiques centrales autour desquelles vont s'articuler les termes du rapport. En filigrane, seront précisés, outre les points d'achoppement du fonctionnement psychique, le registre des

potentiels de l'enfant ou de l'adolescent qui permettront de soutenir, le cas échéant, une perspective d'accompagnement de celui-ci, quelle que soit la nature de cet accompagnement (éducatif, scolaire, psychothérapique).

La question de l'évocation d'un diagnostic psychopathologique constitue bien sûr un point de butée incontournable de la question de la transmission des éléments du bilan projectif. Il semble que la clinique de l'enfant et de l'adolescent, davantage encore que la clinique adulte, doive engager le psychologue dans la plus grande prudence quant à l'évocation d'une formulation diagnostique dont on comprend qu'elle se trouverait en risque d'enfermer le sujet dans une forme de prescription psychopathologique. En effet, à cet égard, les spécialistes de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent ont très largement insisté sur l'instabilité, la labilité et l'évolutivité des aménagements en clinique de l'enfant et de l'adolescent[1]. L'on peut penser que la description des organisateurs de la vie psychique, rendue possible par la médiation des épreuves projectives, est à même de guider les professionnels (et les parents) dans l'élaboration d'un projet de soins et/ou d'accompagnement.

1. Voir en particulier Lebovici et Soulé (1970). La question du diagnostic psychopathologique ouvre sur une autre question, qui est celle de l'identification de l'enfant au diagnostic qui lui est proposé ou, plus précisément peut-être, la question de la participation *identitaire* de celui-ci. Voir par exemple certains enfants souffrant de symptômes d'instabilité psychomotrice qui peuvent se présenter dans une identité d'enfant hyperactif sur le mode : « je suis un enfant hyperactif », témoignant ainsi d'une forme d'(auto-)assignation au symptôme.

CHAPITRE 28
Jouer avec les épreuves projectives

Le présent chapitre vise à présenter, dans leur dimension praticienne, les différentes épreuves à la disposition du psychologue dans sa pratique auprès des enfants et des adolescents. Cette présentation procède nécessairement de choix dont l'explicitation renvoie à différents niveaux :
- celui d'une utilisation suffisamment usuelle des épreuves évoquées ;
- celui de la variété de sollicitation dont ces épreuves sont porteuses ;
- celui de la cohérence épistémologique autorisant l'inscription d'une épreuve dans le champ théorique de référence de la psychanalyse.

1. Modèle de la complémentarité des épreuves

Comme nous l'avons vu, les dispositifs de la méthode projective peuvent être compris comme une invitation à jouer : jouer avec la trace pour les épreuves de dessin, jouer avec la matière pour les épreuves de jeu, jouer avec les taches pour les épreuves structurales et jouer avec les conflits pour les épreuves thématiques.

Si, en clinique adulte, l'essentiel des dispositifs projectifs se trouve représenté par les épreuves de Rorschach et de TAT, dont C. Chabert (1997) a bien souligné la complémentarité, l'éventail d'épreuves projectives à la disposition du psychologue en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent se révèle beaucoup plus vaste et s'étend bien au-delà du territoire « classique » de ces deux épreuves phares. Cet écart peut se lire selon deux niveaux de compréhension :
- il reflète la nécessité de se doter d'outils adaptés en fonction de l'âge de l'enfant (on ne proposera pas la même épreuve à un enfant de 2 ans qu'à un adolescent de 16 ans) ;
- il témoigne, davantage qu'en clinique adulte, de la nécessaire plasticité du psychologue dans sa rencontre avec l'enfant et l'adolescent ; la question du choix de l'épreuve dans la construction du dispositif de rencontre clinique apparaît ici plus sensible.

Cependant, dans ce contexte d'une palette d'épreuves plus large à disposition du psychologue de l'enfant et de l'adolescent, je propose de considérer la complémentarité des épreuves comme fondement princeps de la construction du dispositif projectif. En effet, cette hypothèse de la complémentarité des épreuves traverse à mon sens l'ensemble des dispositifs, quel que soit son support. Je rappelle ici que C. Chabert (1997) met l'accent sur deux grands registres de sollicitation des épreuves : un registre narcissique-identitaire et un registre objectal identificatoire, dont le paradigme peut être identifié respectivement au travers des épreuves de Rorschach pour le premier et du TAT pour le second.

Cette différenciation des registres de sollicitation peut être pensée, comme le souligne encore C. Chabert, entre les épreuves, mais également au sein d'une même épreuve, du fait de la nature nécessairement plurivoque contenue par sa proposition. Au-delà donc des épreuves de Rorschach et du TAT, chacune des épreuves projectives peut être référée à un registre de sollicitations, voire autoriser un croisement des différents registres, comme nous le verrons dans la présentation d'un certain nombre de ces épreuves.

Seront ainsi abordées successivement, dans une présentation nécessairement concise, les épreuves projectives préalablement identifiées en quatre groupes : épreuves de dessin, épreuves de jeu, épreuves structurales et épreuves thématiques. Il s'agira pour chacune d'elle de proposer une description rapide de l'épreuve, de son mode d'administration, du registre de sollicitation et des enjeux de l'interprétation en appui sur les dispositifs méthodologiques propres à l'épreuve, ainsi que des indications bibliographiques permettant un approfondissement dans l'approche des différentes épreuves.

2. Épreuves de dessin

En préalable, il convient de préciser le choix d'introduire, parmi les épreuves projectives, les épreuves de dessin, ou épreuves graphiques. Ce choix s'inscrit dans une définition de l'épreuve projective centrée sur une double exigence :

- la proposition d'une tâche suffisamment standardisée autorisant une reproductibilité de la situation, en appui sur un matériel clairement identifiable ;
- l'ouverture de la situation par une consigne qui ouvre implicitement au déploiement de l'imaginaire.

Deux grandes catégories d'épreuves peuvent être distinguées : l'épreuve de dessin libre et les épreuves de dessin à consigne. D'une

manière ou d'une autre, elles représentent une invitation à *jouer avec la trace*, trace dont l'on sait, après les travaux de G. Haag (1996), combien elle a partie liée avec le processus de séparation-différenciation.

2.1. Dessin libre

L'épreuve de dessin libre représente la situation sans doute la plus utilisée par les psychologues travaillant dans le champ de la clinique infantile, les adolescents se montrant en général plutôt réticents à mettre en jeu une trace graphique de manière spontanée. Dans bon nombre de cas, il s'agit avec le dessin libre, davantage que d'une épreuve projective, d'une situation de dessin spontané, comme l'on peut évoquer une situation de jeu spontané. Dans cette configuration, l'enfant se saisit, sans y être nécessairement explicitement invité, d'un matériel laissé à sa disposition.

Pour acquérir sa dimension d'épreuve projective, il faut que la proposition du dessin libre s'inscrive dans un projet du psychologue quant à la sollicitation de l'enfant, et que celui-ci se trouve engagé explicitement par une offre à dessiner ce qu'il souhaite. Il s'agit alors pour lui de mettre à l'épreuve sa capacité à s'inscrire dans le cadre ouvert par la feuille blanche (au sens du *blank* de la langue anglaise) et à y organiser, sur fond d'absence (absence de trace, absence d'appel à une figuration énoncée), une forme de scénarisation qui implique une construction graphique mettant à l'épreuve une dynamique de différenciation entre fond et forme (voir supra). À ce titre, on comprend que l'épreuve de dessin libre est une épreuve qui engage le registre narcissique-identitaire du fonctionnement psychique et que la lecture clinique de la production de l'enfant s'inscrira dans ce contexte, sans occulter la dimension d'un possible déploiement de figures identificatoires qui complexifie l'appréhension de la production.

Outre la qualité graphique (au plan de l'organisation du dessin, de sa capacité à se proposer comme espace de rassemblement voire de contenance des différents éléments mis en œuvre), la lecture clinique du dessin libre nécessite la prise en compte du contexte de son émergence et de son élaboration. Cette prise en compte passe essentiellement par l'écoute du langage de l'enfant, langage parlé et langage mimo-postural, qui, chacun à leur manière, témoignent de l'engagement de l'enfant sur la voie représentative. Ainsi ne peut-on d'aucune manière envisager la production graphique d'un enfant en dehors de ce contexte expressif, au risque de s'engager dans une logique de clé des songes bien éloignée d'une démarche clinique en psychopathologie de l'enfant qui s'attache, de manière centrale, à la dynamique des processus.

La pratique du *squiggle*, initiée par D.W. Winnicott et très largement décrite dans son généreux ouvrage consacré à la consultation de l'enfant (1971a), peut être conçue comme une modalité projective d'engagement dans une sollicitation graphique. La proposition d'une forme de *dessin à compléter* à partir d'une première ébauche proposée par le psychologue, si elle s'inscrit de plein droit dans une démarche qui vise à introduire une dimension de jeu dans la rencontre clinique avec l'enfant ou l'adolescent, interroge sans détour les potentiels de l'enfant à s'engager dans une dynamique de jeu : jeu avec la trace, mais plus précisément jeu avec une trace en devenir de représentation (en attente d'accès à un statut représentatif), en appui sur un engagement du psychologue dans la matérialité de la proposition. On comprend que cette situation, à la croisée de différents registres de sollicitation, met sur le devant de la scène la question de la qualité de la dynamique transféro-contre-transférentielle, et en constitue en quelque sorte un indicateur.

2.2. Dessins à consigne

Les dessins à consigne comportent une autre forme de sollicitation, dans la mesure de la contrainte inscrite dans la consigne : « Dessine une famille, une famille que tu imagines » ouvre par exemple l'épreuve du dessin de famille.

Cette épreuve, initialement introduite par L. Corman (1961) dans la pratique clinique auprès des enfants, voire des adolescents, gagne à mon sens à se trouver dépouillée d'une méthodologie qui, par l'insistance des questionnements accompagnant la production de l'enfant, alourdit considérablement la passation de l'épreuve. On pourra alors se contenter d'interroger l'enfant sur les différents personnages qu'il a dessinés, voire, le cas échéant, d'interroger sa représentation d'une place au sein du groupe familial, le solliciter sur la place qu'il pourrait occuper dans le dessin.

Si, en filigrane, le registre narcissique-identitaire du fonctionnement psychique de l'enfant ou de l'adolescent se trouve nécessairement mobilisé, dans la mesure de son implication dans un processus d'inscription d'une trace graphique, c'est bien évidemment le registre objectal-identificatoire du fonctionnement psychique qui est ici au premier plan dans le travail d'une élaboration représentative. Cette épreuve permet tout particulièrement d'appréhender les enjeux de la dynamique identificatoire qui structure le fonctionnement psychique de l'enfant ou de l'adolescent, à partir de la figuration des imagos parentales.

2.2.1. D10 (J. Le Men)

Dans la proposition du D10 de J. Le Men (1966), autre forme de dessin à consigne, initialement envisagée dans une approche essentiellement développementale de l'enfant (on peut situer l'utilisation de cette épreuve à la période de latence), on peut identifier une double mobilisation dans les registres narcissique-identitaire et objectal-identificatoire. Cette épreuve invite l'enfant à représenter, en forme de paysage, dix éléments : la consigne est imprimée sur une feuille mise à disposition de l'enfant selon la formulation suivante :

> « Dessine un paysage avec un homme, une route, une femme, des montagnes, un garçon, une maison, une fille, une rivière, un animal, une auto. »

Un crayon est mis à la disposition de l'enfant et le psychologue sera attentif à la manière dont l'enfant s'engage dans le dessin, à l'ordre de réalisation du dessin, aux oublis et ajouts éventuels, avant d'inviter l'enfant à raconter son dessin, particulièrement autour d'une interrogation sur l'identification des personnages et les liens entre eux. Dans cette épreuve, l'accent est mis :

- d'une part sur la capacité de l'enfant à construire une représentation suffisamment structurée et organisée (initiée par la référence au paysage) ; on peut considérer qu'en appui sur cet énoncé de la consigne, et sur la sollicitation spécifique que représentent les éléments inanimés (route, montagnes, maison, rivière, auto), se trouve mise à l'épreuve la capacité de l'enfant de structuration de ses objets internes (registre narcissique-identitaire), au travers d'une mise en scène graphique figurée dans la réalité externe (figuration des limites internes/externes, articulation entre les espaces, figuration des capacités d'échange, etc.) ;
- d'autre part sur la capacité de l'enfant à inscrire ses représentations dans une organisation des liens soutenue par la référence à la différence des sexes et des générations (registre objectal-identificatoire).

2.2.2. A.T.9 (Y. Durand)

L'épreuve de dessin à consigne de l'A.T.9 a été conçue par Y. Durand (1988), en référence aux travaux de G. Durand (1969) sur l'ancrage anthropologique des expressions imaginaires, comme une épreuve à destination des adolescents. Elle s'inscrit dans une perspective proche de celle du D10 en en complexifiant la proposition. Le point d'appui de l'épreuve demeure la présentation d'une feuille sur laquelle se trouve imprimée la consigne de l'épreuve :

> « Composez un dessin avec : une chute, une épée, un refuge, un monstre dévorant, quelque chose de cyclique – qui tourne, qui se reproduit ou qui progresse –, un personnage, de l'eau, un animal – oiseau, poisson, reptile ou mammifère –, du feu). »

Cette consigne sert de support à la réalisation du dessin. L'adolescent se trouve par ailleurs invité à produire, par écrit, un récit accompagnant son dessin (« ce qui se passe », propose Y. Durand).

Y. Durand insiste sur l'idée selon laquelle la consigne invite l'adolescent à réaliser un dessin « unifié » à partir des neuf éléments, qui sont considérés comme des stimulus archétypiques, renvoyant à une dimension universelle de l'imaginaire.

La lecture du dessin réalisé par l'adolescent s'organise à partir du repérage de la fonction de chacun des éléments proposés pour la construction du dessin. Un peu à l'image de ce qui est présenté classiquement dans le champ des méthodes projectives comme la qualité latente de la sollicitation, Y. Durand propose de classer les neuf éléments de l'épreuve selon quatre catégories distinctes :

- le personnage représenterait l'élément de dramatisation ;
- la chute et le monstre dévorant engageraient la question du temps, de la mort et de l'angoisse ;
- l'épée, le refuge, l'élément cyclique constituerait des « embrayeurs » de structuration de la production ;
- l'eau, l'animal et le feu seraient appelés à titre d'éléments complémentaires, susceptibles d'orienter le déploiement de l'imaginaire.

Cette épreuve est particulièrement investie par les adolescents, car elle leur permet de figurer et/ou de soutenir des expressions imaginaires dont on sait qu'elles sont activées de manière spécifique dans le temps du remaniement adolescent. On peut penser que l'inscription universelle des éléments mobilisés dans le dessin dégage suffisamment l'adolescent d'une adresse *traumatique*, tout en autorisant une reconnaissance implicite, pour l'adolescent, du fait qu'il peut être concerné par la sollicitation portée par la consigne. C'est sans doute à cet égard que s'ouvre une aire transitionnelle d'expérience pour l'adolescent face à cette épreuve qui se présente au plus près de l'expérience d'un *trouvé-créé*.

3. Épreuves de jeu

3.1. Historique

La perspective de l'utilisation du jeu dans la pratique clinique avec l'enfant (et, de manière plus marginale, dans la pratique avec les

adolescents) s'inscrit dans une continuité, on l'a vu, avec les travaux de S. Freud autour du jeu de la bobine (1920), et plus précisément encore avec les travaux de D.W. Winnicott (1971b) sur le développement de la capacité de jeu de l'enfant et sur ses différents déploiements (coucou-caché, détruit-trouvé, trouvé-créé, etc.). Par ailleurs, les travaux de R. Roussillon (1991), à la suite de ceux de M. Milner, déjà cités (1955), ont autorisé un renouvellement de ces perspectives, en insistant à la fois sur les conditions de l'instauration du jeu chez l'enfant, sur sa fonction dans l'économie psychique de l'enfant dans sa double dimension intrapsychique et intersubjective, et sur ses différentes figures expressives. La notion de « médium malléable », dont la pâte à modeler constitue, selon R. Roussillon, le paradigme, ou plus exactement le meilleur représentant, permet d'articuler les enjeux de la dynamique des processus de jeu avec ceux d'une pratique du jeu avec l'enfant. La pratique d'un jeu prenant appui sur la pâte à modeler, dans le cadre de la consultation et/ou de l'accompagnement psychothérapique, peut se proposer comme une forme d'application des propositions théoriques sur le médium malléable[1].

Si la situation du jeu libre, avec un matériel *aléatoire*, constitue une invitation courante du psychologue dans la pratique de consultation ou de psychothérapies d'enfants, l'investissement du jeu comme épreuve projective apparaît assez tardivement dans les travaux des psychologues. C'est sans doute l'Allemand G. von Staabs (1973) qui, le premier, a ouvert une telle proposition. Celle-ci vient relayer des pratiques empiriques (que l'on peut qualifier, au sens le plus noble du terme, de bricolages), élaborées dans leurs cabinets par les psychologues d'enfant. L'apport de G. von Staabs consiste à mettre à disposition de l'enfant un matériel standardisé, autorisant une reproductibilité de la proposition de jeu. Il a fallu attendre encore de nombreuses années pour que cette épreuve s'inscrive dans une méthodologie rigoureuse, en appui sur la théorie psychanalytique, qui a été proposée par M. Boekholt (1993). Plus récemment, l'élaboration d'un dispositif d'épreuve projective à destination des jeunes enfants, la MPPE (Roman, 2004), a complété la gamme des outils projectifs de jeu à la disposition du psychologue.

La situation projective de jeu permet une mise à l'épreuve du mode de traitement de l'enfant du lien entre la réalité externe (matérialisée par le matériel de jeu) et la réalité interne (dont le déploiement du jeu porte trace).

1. Voir à ce sujet les travaux de F. Richard.

3.2. Mallette projective première enfance

3.2.1. Présentation

Le matériel de la Mallette projective première enfance (MPPE) est destiné aux très jeunes enfants (de 6 mois à 4 ans).

Présentée sous la forme d'une invitation à un jeu *libre* (comme on peut faire la proposition d'un dessin *libre*), la MPPE propose une situation de passation et un dépouillement qui s'inscrivent dans le courant d'une approche psychodynamique des épreuves projectives (Chabert, 1998). En contrepoint, la référence à la dimension génétique de l'engagement dans le jeu est sollicitée, dans la mesure où il importe de prendre en compte l'évolution du jeu de l'enfant, en fonction du développement de ses compétences tant sensorimotrices que cognitives.

Ce matériel, par sa structure et le mode d'engagement requis chez l'enfant, peut être proposé dans une période qui se situe en deçà de l'accès au langage, mais également dans le cadre de troubles psychopathologiques sévères, entravant les capacités de verbalisation.

Si la MPPE mobilise l'enfant dans une démarche active de jeu, il engage le psychologue dans une démarche d'observation clinique, dont on connaît l'importance dans le cadre de la consultation (Ciccone, 2001), et tout particulièrement dans la proposition des épreuves de jeu.

Enfin, il convient de rappeler que la proposition de toute épreuve clinique, et particulièrement d'une épreuve projective, s'inscrit dans l'histoire d'une rencontre entre le patient et le psychologue. À ce titre, il conviendra d'envisager d'une part les conditions de proposition de l'épreuve dans le contexte singulier de cette relation, et d'autre part le traitement des données recueillies dans la complexité des enjeux transféro-contre-tranférentiels qui fondent la relation clinique.

3.2.2. Avantages et enjeux

Dans le cadre des épreuves de jeu, la MPPE se situe en amont du Scéno-test de G. von Staabs (proposée pour les enfants âgés de plus de 3 ans), dans la perspective d'une exploration précoce des organisateurs de la personnalité. La MPPE présente l'avantage d'une relative sobriété des éléments constitutifs du matériel puisqu'elle comporte une vingtaine de classes d'objets, alors que le Scéno-test en comporte près d'une centaine.

La présentation d'un tel matériel standardisé possède aussi l'avantage de fournir un support permettant une évaluation à partir de données comparées (tant sur le plan synchronique que diachronique) et de mettre suffisamment à distance les enjeux contre-transférentiels

affectant la détermination du matériel mis à disposition de l'enfant, sans pour autant négliger la dimension essentielle de ceux-ci dans le contexte de la relation clinique.

Le choix des éléments composant ce matériel s'appuie sur trois ordres de considération :

- il s'agit de proposer à l'enfant un matériel appartenant à son environnement habituel ; de ce fait, il ne s'agit pas d'un matériel exclusif d'une situation d'examen ou de consultation psychologique ;
- les éléments retenus répondent à plusieurs exigences : la mise à l'épreuve de l'engagement princeps du tactile, mais aussi d'autres registres de la sensorialité (visuelle, auditive), la constitution d'un support pour des expériences mettant en jeu la motricité à partir d'expériences diverses, la proposition d'un support pour l'expression des organisateurs fantasmatiques au travers des mises en scène et des mises en jeu entre des objets porteurs d'une inscription symbolique ou permettant de signifier des liens dans différents registres, et la sollicitation directe à la transitionnalité, à partir d'objets porteurs d'une potentialité transitionnelle spécifique,
- une attention toute particulière a été portée sur le fait de ne pas proposer une épreuve par trop redondante avec l'épreuve d'efficience intellectuelle de Brunet-Lézine (2001), particulièrement pertinente pour les très jeunes enfants, avec laquelle la MPPE peut être associée, dans la perspective du croisement de données issues de champs d'investigation différents, dans le registre développemental d'une part et psychodynamique d'autre part.

La faible structuration du matériel et le potentiel d'associations qu'il recèle, ainsi que la dimension ludique de la situation introduite par la consigne permettent, de plus, un recours répété à ce matériel, soit dans une perspective d'exploration affinée de la personnalité du jeune enfant (plusieurs propositions de l'épreuve sur un temps limité), soit comme support à l'instauration et/ou à la mise en œuvre d'une démarche psychothérapique (mise à disposition de l'épreuve comme médiation dans la relation psychothérapique). L'objectif clairement énoncé est de pouvoir mettre à l'épreuve les modalités de structuration des processus de symbolisation chez l'enfant et le registre d'organisation de ceux-ci. Au-delà, c'est la capacité pour l'enfant à instaurer, dans le cadre de la relation clinique (dimension du transfert) et du matériel proposé (objet trouvé/créé), une aire transitionnelle au sein de laquelle peut se développer le jeu qui va constituer un des enjeux principaux de la situation proposée.

Dans une perspective psychodynamique, la lecture clinique des productions de l'enfant vise à spécifier la qualité du compromis

élaboré par celui-ci dans la confrontation à la double valence des sollicitations du matériel de la MPPE. Cette double valence est comprise dans la lignée des propositions de C. Chabert (1998) sur les enjeux de la rencontre avec le matériel projectif : dans un registre manifeste d'une part (en appui sur les caractéristiques objectives du matériel), et dans un registre latent d'autre part (en appui sur les implications fantasmatiques implicitement portées par le matériel).

3.3. Scéno-test

3.3.1. Présentation

Le Scéno-test se présente comme un matériel de jeu riche et complexe au regard de la composition de l'épreuve. Tout comme la MPPE, le Scéno-test peut être utilisé avec l'enfant tant dans le cadre d'une démarche d'évaluation (il est alors recommandé de prévoir deux propositions de l'épreuve à quelques jours d'intervalle), que dans le cadre d'un suivi psychothérapeutique, le matériel du Scéno-test constituant alors un soutien au déploiement du jeu dans la relation clinique. On le voit, l'épreuve projective de jeu présente une spécificité à l'égard des épreuves graphiques ou verbales, du fait de la pluralité de propositions possibles au regard d'une consigne qui insiste sur l'ouverture à un jeu *libre* avec le matériel dans un espace délimité. Là réside sans doute une des originalités de l'épreuve, et une inscription de l'enfant dans une situation paradoxale : il lui est en effet proposé de jouer librement, avec un matériel défini, dans les limites du plateau de jeu (constitué par le couvercle renversé de la boîte du Scéno-test).

Cette épreuve peut être proposée à des enfants à partir de 4 ans, et est généralement bien acceptée jusqu'à l'entrée dans la préadolescence. Un autre de ses intérêts réside dans la possibilité de présenter l'épreuve à des enfants ayant des troubles du langage, le recours à la verbalisation venant certes enrichir le jeu de l'enfant (on peut lui demander, à l'issue de son jeu, de le raconter, comme on pourrait le faire à l'égard d'un dessin), mais n'étant pas une donnée indispensable de l'épreuve.

3.3.2. Mise en scène

Le Scéno-test est une épreuve non thématique, ou plus précisément multithématisée du fait de la diversité des éléments qui le constituent : cubes colorés permettant de réaliser des constructions, personnages articulés pouvant être placés aisément sur le plateau de jeu grâce à leurs pieds aimantés (personnages marqués par la triple diffé-

rence des sexes, des générations et d'appartenance sociale), animaux en bois (animaux domestiques et sauvages), voitures, matériel de dînette, morceaux de textile, etc. À partir de là, et en appui sur la consigne, l'enfant est invité à une mise en scène, qui peut évoluer au fil de la passation (plusieurs mises en scène peuvent se succéder dans un même temps de passation, limité généralement à 30 minutes).

On peut considérer que cette mise en scène est l'expression théâtralisée des modalités de structuration des représentations de l'enfant, et de l'agencement de celles-ci, selon des scénarios propres à l'enfant. Le psychologue sera bien sûr particulièrement attentif à la capacité de l'enfant à déployer des scénarios, au choix des supports (figuratifs ou non figuratifs) et à l'engagement du jeu dans la dynamique transféro-contre-transférentielle. Sans doute davantage que d'autres épreuves projectives, l'épreuve de jeu se prête au déploiement d'une activité partagée, dans laquelle le psychologue peut être amené à s'engager, dans la réalité de l'expérience.

3.3.3. Double sollicitation

On le voit, le Scéno-test ouvre sur une double sollicitation :

- au plan narcissique-identitaire, dans la mesure où l'engagement implicite à une structuration de l'espace en appui sur le cadre délimité que constitue le plateau de jeu mobilise les capacités de l'enfant à mettre en jeu les limites (internes/externes, moi/non-moi) ; la qualité du matériel, en particulier dans sa dimension non-figurative, vient au service de l'élaboration d'une forme de topique externe dont le jeu déployé va rendre compte ;
- au plan objectal-identificatoire, en appui sur la sollicitation relationnelle que propose l'épreuve. Outre les personnages dans leurs différentes appartenances, les supports animaux, à l'égard desquels on connaît l'appétence des enfants, constituent des figures dynamiques pour l'expression des motions pulsionnelles tant libidinales qu'agressives.

Au-delà de la prise en compte des enjeux liés aux sollicitations latentes, on s'intéressera tout particulièrement aux propositions méthodologiques de M. Boekholt qui prennent corps dans la construction d'un outil de repérage des « procédés de jeu », en appui sur le travail de V. Shentoub concernant le TAT. La grille proposée par M. Boekholt (1993) autorise le décryptage de l'observation de jeu, réalisée à partir des engagements de l'enfant, en vue de faire émerger la nature et la qualité des stratégies défensives organisant le processus du jeu. Cette grille a d'ailleurs fait l'objet d'une adaptation en direction de la MPPE (Roman, 2004).

4. Épreuves projectives structurales

C'est l'épreuve de Rorschach, épreuve pionnière dans le champ des méthodes projectives, qui représente de manière paradigmatique le domaine des épreuves structurales. Celles-ci se distinguent par la proposition d'un matériel sans forme prédéfinie (« formes fortuites », indiquait H. Rorschach dans son ouvrage [1920]), auquel le sujet, ici l'enfant ou l'adolescent, est invité à donner forme, par le biais du langage.

Je ne reviendrai pas ici sur l'historique et la description de l'épreuve de Rorschach dont rend compte de manière tout à fait complète la section précédente, mais je m'attarderai sur la spécificité de la pratique de cette épreuve en clinique infantile et sur les enjeux d'une telle pratique.

4.1. Spécificité du Rorschach en clinique infanto-juvénile

La pratique de l'épreuve de Rorschach en clinique infanto-juvénile est une pratique ancienne, qui s'est développée assez rapidement dans le fil de la publication de son ouvrage *Psychodiagnostic* par H. Rorschach (1920). M. Leichtman (1996), dans un ouvrage abordant une perspective développementale de la pratique du Rorschach en clinique infantile, rappelle que cette pratique s'inscrit sur l'expérience d'un jeu populaire, investi par les enfants, et consistant dans la réalisation de taches d'encre et le décryptage de celles-ci (on connaît la référence historique à la pratique de Léonard de Vinci qui encourageait chacun à mettre en jeu son imagination à partir des traces d'humidité laissées sur les murs des maisons, ou à partir de la forme des nuages).

H. Rorschach, quant à lui, ne prend pas en compte de manière explicite la population infanto-juvénile pour l'élaboration de sa méthode. Il faut attendre, en Europe, les années 1930 avec les travaux de M. Loosli-Ustéri pour une formalisation de la pratique du Rorschach auprès d'enfants et d'adolescents. En 1958, M. Loosli-Ustéri propose le premier manuel pratique de l'épreuve de Rorschach en clinique infantile, manuel qui comprend des éléments concernant la spécificité de la méthode et les fondements de l'interprétation des protocoles au regard de l'apparition des différents facteurs mis en évidence dans la production des réponses.

Dans la lignée de ce travail, on doit à C. Beizmann (1961) la poursuite de l'investigation des avancées cliniques et psychopathologiques de l'épreuve de Rorschach. C. Beizmann a mis tout particulièrement

l'accent sur une approche clinique et génétique de l'épreuve, en tentant de dégager de manière systématique des modalités de traitement perceptif et d'expression différenciés en fonction de l'âge de l'enfant.

Aux États-Unis, il semble que c'est un peu plus tardivement, essentiellement avec les travaux de B. Klopfer (1942) puis ceux de F. Halpern (1953), que se sont construites les bases de la pratique de l'épreuve de Rorschach auprès des enfants et des adolescents.

N. Rausch de Traubenberg (1997), à qui l'on doit l'inscription de cette pratique dans la pratique des psychologues cliniciens intervenant dans des institutions accueillant des enfants et des adolescents (secteur hospitalier général et psychiatrique, institutions de l'enfance inadaptée, centres de consultations, etc.), rapporte la période héroïque, à la fin des années 1940, de l'introduction de l'épreuve de Rorschach dans les services de psychiatrie infanto-juvénile : il s'agissait alors de vaincre des résistances et de proposer un nouveau modèle d'investigation de la personnalité, prenant en compte la dynamique de la vie psychique et les différents registres de conflictualité qui l'animent. On peut dire, en ce sens, que l'épreuve de Rorschach, au travers de l'engagement clinique qu'elle requiert, est ainsi venue soutenir un mouvement de pensée qui a accompagné la naissance de la psychiatrie et de la psychopathologie infanto-juvénile contemporaine.

Les travaux de N. Rausch de Traubenberg en collaboration avec M.-F. Boizou (1977) ont largement contribué à un ancrage de la pratique de l'épreuve de Rorschach dans le champ de la psychologie clinique en proposant l'élaboration de repères, dans une perspective résolument clinique, autour de l'articulation entre normalité et pathologie au décours du développement psychoaffectif de l'enfant.

En prolongement de ces travaux, l'équipe du Laboratoire de psychologie projective de l'Université René Descartes-Paris V, avec M. Boekholt (1993) et M. Emmanuelli (2001) en particulier, a affirmé l'inscription de l'épreuve de Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent, en affinant l'ancrage de cette pratique dans le référentiel de la théorie psychanalytique.

4.2. Enjeux

L'épreuve de Rorschach propose à l'enfant ou à l'adolescent une énigme : « Qu'est-ce que cela pourrait être ? » demandait H. Rorschach. Cette énigme, dont les adolescents ont d'ailleurs souvent du mal à se saisir[1], organise une modalité perceptivo-projective de

1. On peut penser que la confrontation à cette énigme actualise l'énigme même de la traversée adolescente...

rencontre (« entre réalité et fantasme » propose N. Rausch de Traubenberg [1994]) avec une situation nécessairement ambiguë. Le doute ouvert par la rencontre avec la planche interroge les assises narcissiques-identitaires de l'enfant ou de l'adolescent au travers de la nécessité de *mettre en forme* une figure informe.

Dans sa pratique avec les tout-petits, M. Boekholt (1993) insiste sur les engagements sensoriels du matériel dont toutefois aucun enfant ou adolescent ne peut faire l'économie. À cet égard, la réponse produite dans la verbalisation porte en elle-même (dans la forme de son émergence et dans l'énoncé de la réponse) les traces tant de la qualité des processus de pensée que du registre d'élaboration fantasmatique qu'il convient de référer au développement de l'enfant rencontré.

Actuellement, la pratique de l'épreuve de Rorschach est admise sans difficulté à partir de l'âge de 4 ans environ, en appui sur la capacité de verbalisation et de conceptualisation de l'enfant. Nécessairement, le traitement des productions projectives viendra en appui sur la prise en compte du registre de développement psychoaffectif de l'enfant qui constituera une forme de butée au regard du système interprétatif mobilisé. Dans cette mesure, la cotation du protocole de Rorschach ne constitue que la première étape de la démarche, en ce qu'elle permet une forme de déconstruction des processus à l'œuvre dans la production de la réponse. En tant que démarche d'objectivation des processus, cette étape se révèle indispensable en vue de soutenir une complexité de l'approche clinique et psychopathologique de l'enfant et de l'adolescent (nature des angoisses et de la qualité des stratégies défensives, mode de relation d'objet, structure identitaire et dynamique identificatoire).

Parmi les spécificités des productions infantiles au Rorschach, on peut signaler :
- l'évolution dans les modes d'appréhension, qui s'organisent progressivement d'un mode syncrétique de saisie du stimulus à une construction élaborée ;
- le recours privilégié à des représentations animales qui constituent de véritables palliatifs aux représentations humaines comme supports des motions identificatoires ;
- une productivité qui, bien souvent, chez les plus petits en particulier, est en retrait de ce que l'on peut observer chez les adultes, traduisant une difficulté des enfants à se prêter à ce jeu avec l'imaginaire, alors même qu'ils en explorent, dans leurs jeux et/ou dans leurs productions spontanées, quotidiennement les contours. C'est sans doute à cet égard qu'un travail sur la mobilisation des stratégies défensives se présente comme tout à fait nécessaire.

Le temps de l'adolescence verra se complexifier l'approche de l'épreuve, qui, comme attracteur privilégié des enjeux identitaires, mettra au jour de manière parfois exacerbée les fragilités et/ou les vacillements propres à cette période du développement. Cela rend d'autant plus nécessaire le recours à une seconde épreuve, thématique, en contrepoint de l'épreuve de Rorschach[1].

5. Épreuves thématiques

5.1. Présentation

Les épreuves thématiques se distinguent par la qualité figurative des stimulus qui les constituent. Elles sont relativement nombreuses dans le champ de la clinique de l'enfant, et, dans une moindre mesure, dans le champ de la clinique de l'adolescent.

Nous ne retiendrons ici que les épreuves les plus couramment utilisées, qui seront présentées succinctement dans leur logique interne et dans la dynamique diagnostique qu'elles contiennent : le TAT, le CAT (*children aperception test*) et le Patte-Noire[2].

Si l'épreuve du TAT a, dans un premier temps, été élaborée dans la perspective de la clinique adulte (et, en prolongement, de la clinique adolescente), ce n'est que de manière relativement récente (Debray, 1970) que son utilisation auprès des enfants a été défendue comme pertinente. Dans un premier temps, la création du CAT par L. Bellak (1950) aux États-Unis avait comme projet de pallier l'absence d'épreuve thématique à destination des enfants. C'est à la même époque que L. Corman, en France, élaborait l'épreuve de Patte-Noire, avec ses différentes versions (cochon dans un premier temps, puis mouton pour s'adapter à une pratique en direction d'enfants dans des pays majoritairement musulmans).

5.2. Dynamique conflictuelle

Avec les épreuves thématiques, c'est à un autre registre de sollicitation qu'est confronté l'enfant : le matériel figuratif est marqué par la prégnance de la dynamique conflictuelle, particulièrement dans le registre du conflit œdipien. En effet, l'ensemble du matériel des épreuves thématiques est marqué, voire saturé, par le conflit, qui

1. Sur cette question, on peut se référer utilement à l'ouvrage d'Azoulay et Emmanuelli (2001).
2. Ces trois épreuves thématiques sont au centre du projet de l'ouvrage de M. Boekholt (1993), auquel le lecteur est renvoyé pour de plus amples développements.

s'organise à partir de l'évocation de personnages en relation (humains dans le TAT, animaux dans le CAT et le Patte-Noire). Ces relations sont soit avérées, soit suggérées, et elles renvoient à ce que l'on pourrait appeler l'universalité des expressions conflictuelles. Ainsi seront mobilisées les différentes figures des fantasmes originaires (scène primitive, séduction, castration), autour de mises en scène qui s'appuient sur la figuration de la différence des sexes et des générations.

L'enfant ou l'adolescent est invité, face à chacune des planches[1], à raconter une histoire à partir de la planche, ou tout du moins, à dire quelle histoire pourrait être racontée à partir d'elle. Si la dimension de la temporalité est implicitement appelée dans la référence au récit, celle-ci ne prend corps que de manière implicite au travers de la succession des récits proposés par l'enfant ou l'adolescent. Cette dimension sera bien sûr tout à fait centrale dans la compréhension de la dynamique psychique de l'enfant, dans la mesure où se trouve mise à jour la capacité de l'enfant à se construire dans le rapport au temps, et, partant, dans le rapport à son propre engagement historique.

Face à la planche, l'enfant ou l'adolescent sera appelé dans un projet de *déconflictualisation* des enjeux conflictuels potentiels portés par le matériel de l'épreuve, autour de problématiques qui traversent, quelle que soit l'épreuve, les figurations des planches : celle de l'inscription et du jeu dans l'ordre de la différence des sexes et des générations, celle des identifications et des contre-identifications (lien œdipien et contre-œdipien). Cette *déconflictualisation* passe nécessairement par la mise en œuvre de procédures défensives que l'analyse des récits permettra de mettre au jour (refoulement, dénégation, déplacement, isolation, déni, clivage, etc.), sur fond de mobilisation des instances interdictrices et idéales (surmoi, moi-idéal et idéal du moi). Le récit se trouve ainsi porteur à la fois de la charge fantasmatique organisatrice de la vie psychique de l'enfant ou de l'adolescent en fonction de la sollicitation latente déterminée pour chacune des planches, et des stratégies défensives qui s'y déploient. La grille proposée par M. Boekholt (1993), grille des procédés d'élaboration des récits, inspirée des travaux à partir du TAT (Shentoub, 1990), permet de soutenir une objectivation des mouvements qui sous-tendent la production verbale.

1. L'épreuve de Patte-Noire possède un statut à part quant au déroulement de l'épreuve (voir infra).

5.3. TAT

Nous ne reviendrons pas sur la présentation de l'épreuve projective du TAT, dont C. Chabert a, dans la section précédente, dressé de manière complète les contours. La consigne de raconter une histoire à partir de chacune des 14 planches proposées est énoncée (voire rappelée) ; certaines des planches sont spécifiées en fonction du sexe de l'enfant (les planches 6, 7 et 8 ou 9), alors que les autres font partie du dispositif de passation de manière indifférente pour les filles et les garçons. Rappelons toutefois que la pratique du TAT en clinique infantile est plutôt récente, cette épreuve ayant été conçue pour une pratique de consultation auprès d'adultes. Si V. Shentoub s'est très tôt intéressée à l'utilisation du TAT en clinique infantile et adolescente, c'est dans les années 1970, nous l'avons dit, avec les travaux de R. Debray, que cette pratique se trouve véritablement défendue en direction des enfants. R. Debray présente cette pratique en opposition avec l'utilisation du CAT, qui lui apparaît comme « régressivante » ; il semble en effet à cette auteure que les figurations anthropomorphes de l'épreuve du CAT (animaux en postures d'humains) constitueraient un matériel appelant la régression à des positions infantiles, alors même que se trouvent mis en scène des figures adultes qui ne pourraient être reconnues comme telles.

R. Debray défend alors l'idée selon laquelle le TAT pourrait représenter une alternative au CAT à partir de l'âge de 6 ou 7 ans, à la condition d'un léger aménagement de la situation de l'épreuve. Cet aménagement passe essentiellement par le choix des planches proposées à l'enfant puisque, dans la procédure de passation actuelle (voir Brelet et Chabert, 2003), seule une des planches (la 13MF), du fait de la sollicitation explicitement sexuelle qu'elle propose, est retirée du jeu soumis à l'enfant. Précisons que la pratique du TAT auprès d'adolescents (à partir de 15 ans) ne requiert pas un tel aménagement, l'ensemble des planches leur étant présentées.

Sans doute le TAT occupe-t-il, en direction des enfants, une place singulière au sein des épreuves thématiques, dans la mesure où, comme le note M. Boekholt (1993), la qualité du matériel et la prégnance des conflits qui le traversent conduisent à une mobilisation marquée du refoulement, à une période, celle de la latence, où celui-ci tend à maintenir à distance toute émergence pulsionnelle. De fait, la proposition du TAT dans cette période du développement psychoaffectif ne dément pas l'intérêt de cette épreuve, que l'on sait par ailleurs particulièrement volontiers investie par les adolescents, qui

trouvent avec ce matériel un appui de choix pour la mise en scène des remaniements tant narcissiques qu'objectaux.

Il convient d'ajouter tout l'intérêt que représente, pour le psychologue, la possibilité d'une continuité d'utilisation de cette épreuve dans sa pratique clinique, de l'enfance (à partir de 8 ans) à l'adolescence (voire à l'âge adulte). En effet, la familiarité du psychologue avec un outil assure sa compétence technique et contribue à garantir la fiabilité de son engagement clinique.

5.4. CAT

Le projet de l'épreuve du CAT (*children aperception test*), élaborée en 1950 par L. Bellak comme pendant au TAT pour une pratique infantile, se fonde sur le constat que les enfants, confrontés à l'épreuve de Rorschach, privilégient le recours à des représentations animales comme support palliatif des mouvements identificatoires (cela est particulièrement vrai pour les animaux dits anthropomorphes : les ours, les singes, les chiens, etc.).

C'est dans ce contexte que L. Bellak invente une épreuve comportant 10 planches, qui seront toutes présentées à tous les enfants, filles ou garçons. Ces planches représentent des animaux en postures d'humains, dans des propositions de lien plus ou moins ambiguës. En effet, à la différence des planches de l'épreuve du TAT qui se présentent comme des énigmes, on peut faire le constat, au CAT, d'une forme de transparence symbolique des planches. Comme pour les autres épreuves thématiques, les sollicitations latentes parcourent la fantasmatique de l'enfant (abandon-séparation, triangle œdipien, lien identificatoire et contre-identificatoire, lien générationnel, fantasmatique originaire, etc.) et la mobilisation des différents registres de traitement de la pulsion (oral, anal, phallique, génital).

Cette épreuve est en général bien investie par les enfants de 4 à 11 ans environ, dans la mesure où ils peuvent y engager une activité imaginaire source de plaisir au travers du jeu, avec les affects et les représentations, sur le fond d'une circulation pulsionnelle que le matériel favorise. Par ailleurs, la relative simplicité du maniement de l'épreuve, associée à un temps de passation qui n'épuise pas les capacités d'attention de l'enfant font de l'épreuve du CAT un allié précieux dans la rencontre avec les jeunes enfants, âgés de moins de 8 ans.

Il s'agit pour l'enfant de s'approprier suffisamment le percept et le mode d'organisation virtuel des liens qu'il propose, et de s'en dégager sous la forme de la production d'un récit, secondarisé et adressé dans le cadre de la relation clinique.

Au plan du traitement du matériel, les enjeux restent du même ordre que pour l'épreuve du TAT, et s'articulent entre repérage du registre fantasmatique de déploiement des récits et prise en compte des stratégies défensives.

5.5. Patte-Noire

L'épreuve du Patte-Noire (Corman, 1959) est régie par une logique proche de celle qui sous-tend les épreuves du TAT et du CAT. Le matériel de l'épreuve est constitué de planches figuratives dont les sollicitations empruntent aux différents stades et sous-stades du développement psychoaffectif (L. Corman s'y réfère explicitement). Les conditions de passation diffèrent cependant, dans la mesure où le dispositif proposé par L. Corman place l'enfant en position d'acteur de l'élaboration d'une histoire, inscrite dans une temporalité qui sera imprimée par l'engagement de l'enfant, en fonction d'un certain nombre de registres de choix qui lui sont soumis. Si cette épreuve s'adresse, en théorie, à des enfants à partir de 4 ans jusqu'à la fin de la période de latence, la relative complexité du déroulement de la passation implique un degré d'élaboration des repères temporospatiaux suffisant, une confiance dans ses objets internes ainsi qu'une capacité d'attention qui permette à l'enfant d'aller au terme de son engagement narratif. De fait, cette épreuve apparaît difficilement mobilisable pour des enfants âgés de moins de 4 ans.

En effet, L. Corman propose une passation en cinq temps principaux :

- le temps du *frontispice*, qui consiste dans la présentation de l'épreuve, de son héros (le cochon Patte-Noire, qui a une tache sur la patte, etc.) et l'invitation faite à l'enfant d'identifier les différents personnages de l'histoire (nomination, liens, sexe, âge) ;
- le temps de l'*histoire*, au cours duquel l'enfant est appelé à choisir parmi l'ensemble des planches celle(s) avec laquelle (lesquelles) il souhaite construire une histoire ;
- le temps des « *préférences-identifications* », dans lequel l'enfant est invité à déterminer les planches qu'il aime et celles qu'il n'aime pas, et à justifier pour chacune des planches d'une part la raison de sa prise de position, et d'autre part le choix du personnage auquel il s'identifierait ;
- le *temps de la planche « fée »*, qui consiste à interroger l'enfant, à partir d'une planche jusque-là tenue à l'écart de l'ensemble, sur les trois vœux que pourrait adresser Patte-Noire à la fée ;

– enfin, le temps des *questions complémentaires*, au travers desquelles seront explorés de manière très précise (voire insistante) les engagements affectifs de l'enfant à travers les personnages mobilisés dans l'histoire.

Si l'enfant se trouve, face à l'épreuve du Patte-Noire, soumis au même type d'expérience paradoxale que dans toute épreuve projective (sous-tendue par les mêmes enjeux en terme de déconflictualisation des différentes situations proposées au travers du matériel en fonction des sollicitations latentes qui l'organisent), il se trouve mobilisé dans une tâche particulièrement complexe, nécessitant une articulation entre les mouvements de manipulation des planches mises à sa disposition et l'engagement symbolique dont les histoires créées seront le témoin. Il importe à cet égard de signaler la place spécifique de l'agir, dont on a pu voir qu'il constituait à la fois le pôle organisateur de la mise en représentation et le point de butée de celle-ci. À une consigne de *suspension de l'acte* se substitue une consigne de *soutien moteur du travail de symbolisation*. C'est bien à l'aune de cette spécificité que les récits et l'ensemble du matériel verbal produits par l'enfant feront l'objet d'une lecture que l'on peut situer à trois niveaux :

– au plan de la qualité de la symbolisation portée par les productions verbales ;
– au plan du traitement des problématiques liées aux différents registres de traitement de la pulsion et du repérage de leurs articulations ;
– et au plan de l'engagement des stratégies défensives.

6. Des repères en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

6.1. Production d'un discours

Dans des modalités expressives diverses, le dispositif des méthodes projectives appelle la production d'un discours de la part de l'enfant, discours qui prend forme en fonction du support qui lui est proposé (dessin, jeu, épreuve verbale, etc.). On peut dire que ce discours possède sa logique propre et mobilise des enjeux dans des registres divers : au-delà de la production langagière, c'est bien sûr l'ensemble des éléments infraverbaux, au sens de la posture et des engagements moteurs, au sens des expressions non sémantiques, qui feront l'objet d'une attention particulière.

C'est ce discours que V. Shentoub (1990) se propose d'envisager selon ce qu'elle identifie comme ses deux grands organisateurs, afin d'en comprendre les ressorts implicites :

- d'une part, en considérant la thématique du discours, les images et représentations qu'il véhicule, comme constitutive de la trace des organisateurs fantasmatiques du sujet ;
- d'autre part, en prenant en compte la forme du discours comme témoin-dépôt des stratégies défensives.

L'intérêt que représente la proposition d'une grille d'élaboration des procédés de discours, plusieurs fois remaniée depuis son origine et adaptée pour les épreuves non verbales de jeu (et sans doute transposable pour les épreuves de dessin), n'est plus à démontrer, pas plus que le crédit que l'on peut apporter à cette hypothèse pour sa consistance clinique et psychopathologique. Dans les grilles établies par M. Boekholt au service de la clinique de l'enfant, la classification des expressions défensives portées par le discours en différents groupes[1] permet de situer la prévalence du recours aux mécanismes de défense en fonction du registre dans lequel ils se développent et dans lesquels ils prennent corps dans l'expression discursive, sans *a priori* psychopathologique. Cette position est en cela fidèle à une conception de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent qui se refuse d'enfermer celui-ci dans une logique de structure, privilégiant alors la dynamique des processus. Cette proposition permet par ailleurs de s'appuyer sur une cotation des procédés d'élaboration des récits, cotation que l'on peut entendre, au même titre que la cotation d'un protocole de Rorschach, comme une modalité d'objectivation des processus en jeu dans la production du récit, et comme soutien au travail d'évaluation clinique du fonctionnement psychique de l'enfant.

6.2. Mobilisation défensive

N. Rausch de Traubenberg, s'inscrivant en cela dans la lignée des travaux psychanalytiques sur l'enfant, propose de décrire et de repérer au travers des expressions projectives quatre modalités principales de mécanismes de défense : par le contrôle de la réalité, par le recours à l'imaginaire, par la mobilisation de l'affect et par l'investissement de la motricité. Cette conception de la mobilisation défensive chez l'enfant s'appuie sur une théorie de la vie psychique qui privilégie la mise en évidence des procédures d'adaptation du moi face à

1. Les grilles proposées par M. Boekholt retiennent différents registres de l'expression défensive : recours à la motricité, à la relation avec le clinicien, à la réalité externe, à l'évitement, à l'affect, à la réalité externe, à l'imaginaire et au fantasme, à l'objectivité et au contrôle, etc. À la différence des grilles à destination des adultes (Brelet et Chabert, 2003), celles-ci ne sont pas construites sur le fond d'un repérage nosographique *a priori*.

une situation inconnue, étrangère et étrange, à laquelle se trouve confronté l'enfant.

Cela conduit à réinterroger la définition même de mécanisme de défense, centrale dans la pratique des épreuves projectives en général et en clinique infantile et adolescente en particulier : défense *du* moi ou défense *au* moi (en paraphrasant ainsi la proposition de R. Roussillon de différencier clivage *du* moi et clivage *au* moi) ?

Si l'on reprend la discussion ouverte autour de la notion de mécanismes de défense par J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967), on peut en retenir deux propositions :

- les mécanismes de défense représentent des opérations visant à protéger le moi, *défenses utilisées par le moi* ;
- ces opérations fonctionnent à différents niveaux de la vie psychique et auraient à se trouver spécifiées en tant que telles (par exemple, l'introjection et son prototype corporel dans l'incorporation, processus qui peut-être utilisé secondairement comme défense ; le même fonctionnement peut être envisagé pour la projection).

On comprend que la conception traditionnelle mettant l'accent sur la dimension adaptative du moi, au regard du risque provoqué par l'afflux d'angoisses, et sur les torsions éventuelles opérées par les stratégies défensives gagne à être complétée par une approche du registre dans lequel il fonctionne, à partir des registres de symbolisation qui fondent la vie psychique de l'enfant et dans lesquels se déploie celle de l'adolescent.

6.3. Travail de symbolisation

6.3.1. De la défense à la symbolisation

On pourrait alors penser les mécanismes de défense comme une modalité d'affectation de la vie psychique, au sens d'une affectation de l'activité de symbolisation, qui emprunte à différents registres expressifs (affect, imaginaire, agir, contrôle), et qui témoigne de l'engagement de l'enfant ou de l'adolescent dans le travail de symbolisation, et des avatars de cet engagement.

De fait, l'enfant ou l'adolescent, face à l'épreuve projective, va se trouver engagé sur les différentes voies de l'appui sur la réalité externe, de la mobilisation affective, du travail de l'imaginaire (c'est bien sûr cette voie spécifique qu'il se trouve d'ailleurs explicitement invité) voire de l'investissement moteur (le maniement des planches, selon les épreuves, n'appelle-t-il pas la motricité ?).

On pourrait alors mesurer la limite d'une description des stratégies défensives qui s'attacheraient uniquement aux modalités expres-

sives de l'enfant ou de l'adolescent face à l'épreuve projective, et considérer la nécessité d'une mise en perspective avec l'engagement dans le travail de symbolisation.

6.3.2. Enjeux de la symbolisation

Si l'épreuve projective peut être considérée comme un *dispositif à symboliser*, il convient de rappeler les enjeux d'une telle proposition :
- il s'agit d'un dispositif qui demande à être symbolisé par l'enfant (l'enfant ou l'adolescent doit être en mesure d'appréhender ce dispositif dans un mouvement d'appropriation subjective – capacité à entrer dans le jeu du *comme si*) ;
- il s'agit d'un dispositif qui demande à l'enfant ou à l'adolescent de s'engager dans un travail de symbolisation spécifique, au regard du stimulus qui lui est proposé.

Comme nous l'avons vu, la proposition de l'épreuve projective consiste à inviter l'enfant ou l'adolescent à traiter, par le travail de la symbolisation, l'expérience de l'*absence* dont chaque épreuve témoigne à sa manière. Si le Rorschach confronte l'enfant à l'absence de forme (de forme définie tout au moins, la structure autour de l'axe de symétrie demeurant un repère essentiel et implicite), les épreuves thématiques confrontent l'enfant à une absence de sens déterminé des systèmes relationnels et des conflits mis en scène, dans la mesure de l'ambiguïté de la sollicitation portée par le graphisme du matériel projectif.

6.3.3. Registres de la symbolisation

Ainsi, dans le cadre des épreuves projectives, on peut considérer que l'enfant ou l'adolescent sera conduit à un double travail de symbolisation : symbolisation de la symbolisation d'une part, symbolisation des liens d'autre part. Ce double travail de symbolisation aura à se déployer dans différents registres :
- au regard de l'appréhension de la planche par l'enfant, c'est-à-dire du mode de construction de la représentation, sous-tendant une possible appropriation subjective du matériel (première représentation ou préreprésentation) ;
- au regard du lien que l'enfant entretient avec la représentation figurée/projetée sur la planche en fonction de l'appréhension qu'il aura de celle-ci (engagement d'un mouvement d'autoreprésentation) ;
- au regard du lien imaginé entre les personnages figurés/projetés sur la planche, et de la capacité de l'enfant à se dégager de la scène de l'épreuve (représentation secondaire, prenant appui sur la représentation de l'absence de représentation, fond sur lequel peuvent se

déployer des figurations diversifiées et différenciées, animées et interactives).

Ainsi, l'épreuve projective va se présenter en butée du travail de symbolisation de l'enfant ou de l'adolescent (*dispositif à symboliser*) sur ces trois registres, ouvrant, pour le clinicien, sur une reconnaissance des potentiels de symbolisation de l'enfant et de ses « *empêchements à symboliser* ».

On obtient alors une autre lecture des stratégies défensives de l'enfant, non plus exclusivement centrée sur les mécanismes d'adaptation du moi mais ouverte sur l'analyse dynamique des processus mobilisés dans le cours du travail de symbolisation, défense *au* moi de l'enfant.

6.3.4. Repérage de la symbolisation

À partir de là, la modélisation d'une approche des « *empêchements à symboliser* » comme paradigme de l'approche et de l'analyse des défenses *au* moi dans le cadre des épreuves projectives peut s'établir à partir du repérage de trois niveaux du travail de la symbolisation. Ces trois niveaux, qui renvoient à trois moments du déploiement du travail de symbolisation de l'enfant, qualifient le mode de construction subjective de l'enfant ou de l'adolescent, et les potentiels de jeu qui s'y déploient et constituent des repères et/ou des indicateurs dans le travail clinique soutenus par les épreuves projectives :

- 1er niveau : identification par l'enfant du stimulus, et qualité de celui-ci (intégrité-permanence) ;
- 2e niveau : inscription de la représentation dans un lien à l'enfant qui engage une capacité d'autoreprésentation (jeu présence/absence) ;
- 3e niveau : mise en perspective des représentations, sous la forme d'un scénario à même de figurer la complexité des liens en appui sur les différents ordres de représentation (mise en scène).

Ces repères peuvent fonctionner comme laboratoire du déploiement des processus de symbolisation, et comme témoins des modalités de structuration et d'affectation de la vie psychique de l'enfant ou de l'adolescent au décours de son développement.

Bibliographie

ABRAHAM K. (1924), « Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux », trad. fr., in *Œuvres complètes. 2 : Développement de la libido. Formation du caractère*, Paris, Payot, 1977, p. 255-313.

ABRAHAM N., TOROK M. (1987), *L'Écorce et le Noyau*, Paris, Flammarion.

ADRIEN J.-L. (1996), *Autisme du jeune enfant*, Paris, Expansion Scientifique Française.

AINSWORTH M.D.

(1974), *The Secure base*, New York, Johns Hopkins University.

(1983), « L'Attachement mère-enfant », *Enfance*, n° 1-2, p. 7-18.

AINSWORTH M.D. *et al.* (1978), *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation*, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

AISENSTEIN M., FINE A., PRAGIER G. (1995), *L'Hypocondrie*, Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, Paris, PUF.

AJURIAGUERRA J. de (1977), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, nouv. éd. refondue.

AJURIAGUERRA J. de, MARCELLI M. (1984), *Psychopathologie de l'enfant*, Paris, Masson.

ALEXANDER F. de (1950), *Médecine psychosomatique*, Paris, Payot, 1970.

ALVAREZ A. (1992), *Une Présence bien vivante*, trad. fr., Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 1997.

ALVAREZ A., REID S. *et al.* (1999), *Autisme et personnalité*, trad. fr., Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995), *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e éd., trad. fr., Paris, Masson, 1996.

ANDERSON R., DARTINGTON A. *et al.* (1998), *Faire face. Perspectives cliniques sur les troubles de l'adolescence*, trad. fr., Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 2003.

ANDRÉ F. (1986), *L'Enfant « insuffisamment bon »*, Lyon, PUL.

ANSERMET F., MAGISTRETTI P. (2004), *À chacun son cerveau : plasticité neuronale et inconscient*, Paris, Odile Jacob.

ANZIEU D.

(1970), *Les Méthodes projectives*, Paris, PUF.

(1974), « Le Moi-peau », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 8, p. 195-209.

(1976), « L'enveloppe sonore du moi », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 13, p. 161-179.

(1979), « La Psychanalyse au service de la psychologie », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 20, p. 59-75.
(1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
(1987), *Les Signifiants formels et le moi-peau. Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, p. 1-22.
(1993), *La Fonction contenante du moi-peau et de la pensée. Les contenants de pensée*, Paris, Dunod.
(1999), « Terreur et pitié chez Œdipe », *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n° 24, p. 45-64.

ANZIEU D., CHABERT C. (1983-1992), *Les Méthodes projectives*, Paris, PUF, 9e éd. mise à jour, 1992.

ANZIEU D., HOUZEL D. *et al.* (1987), *Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.

ARBISIO C. (2003), *Le Bilan psychologique avec l'enfant*, Paris, Dunod.

ATHANASSIOU C.
(1982), « La Constitution et l'évolution des premières identifications », *Revue Française de Psychanalyse*, tome XLVI, n° 6, p. 1187-1209.
(1995), *Le Surmoi*, Paris, PUF.
(1999), *Un Étrange Itinéraire psychanalytique : Œdipe roi*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot.

AULAGNIER P.
(1975), *La Violence de l'interprétation*, Paris, PUF.
(1985), « Quelqu'un a tué quelque chose », *Topique*, n° 35-36, p. 265-295.
(1986), « Naissance d'un corps, origine d'une histoire », in MACDOUGALL *et al.*, *Corps et histoire*, Paris, Les Belles Lettres, p. 99-141.

BAILEY A., PHILLIPS W., RUTTER M. (1996), « Autism : toward an integration of clinical, genetic, neuropsychological and neurobiological perspectives », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 37, n° 1, p. 89-126.

BALIER C. (1988), *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF.

BALIER C. *et al.* (2005), *La Violence en abyme*, Paris, PUF.

BALINT M. (1968), *Le Défaut fondamental*, trad. fr., Paris, Payot, 1971.

BARNES M. (1973), *Un voyage à travers la folie*, Paris, Le Seuil.

BARON-COHEN S.
(1991), « The Theory of mind deficit in autism : how specific is it ? », *British Journal of Developmental Psychology*, n° 9, p. 301-314.
(1995), *Mindblindness*, Cambridge, Ma, MIT Press. Trad. fr. *La Cécité mentale. Un essai sur l'autisme et la théorie de l'esprit*, Grenoble, Presses Universitaire de Grenoble.

BARON-COHEN S., ALLEN J., GILLBERG L. (1992), « L'Autisme peut-il être détecté à l'âge de 18 mois ? L'aiguille, la meule de foin et le chat », trad. fr., *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, n° hors série, 1997, p. 33-37.

BARON-COHEN S. COX A., BAIRD G., SWETTENHAM J., NIGHTINGALE N., MORGAN K., *et al.* (1996), « Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population », *British Journal of Psychiatry*, n° 168, p. 158-163.

BARON-COHEN S., LESLIE A.M., FRITH U. (1985), « Does the autistic child have a theory of mind ? », *Cognition*, n° 21, p. 37-46.

BATAILLE P. (2003), *Un cancer et la vie*, Paris, Balland.

BATESON G. (1977), *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Le Seuil.

BATESON G. *et al.* (1956), « Vers une théorie de la schizophrénie », trad. fr., in *Vers une écologie de l'esprit*, tome 2, Paris, Le Seuil, 1980, p. 9-34.

BEEBE B., LACHMANN F., Infant research and adult treatment, co-constructing interactions. The Analytic Press. www.analyticpress.com

BÉGOIN-GUIGNARD F., FAIN M. (1984), « Identification hystérique et identification projective », *Revue Française de Psychanalyse*, tome XLVIII, n° 2, p. 515-527.

BEIZMANN C. (1961), *Le Rorschach de l'enfant à l'adulte*, Paris, Delachaux et Niestlé.

BELLAK L. (1950), *Children aperception test*, trad. fr. Paris, ECPA, 1960.

BESANÇON G. (1993), *Manuel de psychopathologie*, Paris, Dunod.

BERGER M.

(1997), *L'Enfant et la souffrance de la séparation*, Paris, Dunod.

(2005), *L'Enfant instable*, Paris, Dunod.

BERGERET J.

(1976), « Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 40, p. 5-6.

(1981), *La Violence fondamentale*, Paris, Dunod.

(1985), *La Personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod.

(1987), *Le « Petit Hans » et la réalité*, Paris, Payot.

(1996), *La Pathologie narcissique*, Paris, Dunod.

BERGERET J. *et al.*

(1972), *Abrégé de psychologie pathologique*, Paris, Masson.

(1996), *La Pathologie narcissique*, Paris, Dunod.

(2001), *La Sexualité infantile et ses mythes*, Paris, Dunod.

(2004), *Le Fœtus dans notre inconscient*, Paris, Dunod.

BERTHOS A., JORLAND G. (dir.) (2004), *L'Empathie*, Paris, Odile Jacob.

BICK E.

(1964), « Notes sur l'observation de bébé dans la formation psychanalytique », trad. fr., in *Les Écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 1998, p. 279-294.

(1968), « L'Expérience de la peau dans les relations d'objet précoces », trad. fr., in *Les Écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 1998, p. 135-139.

(1986), « Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objet précoces », trad. fr., in *Les Écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 1998, p. 141-152.

BION W.R.

(1957), « Différenciation de la part psychotique et de la part non psychotique de la personnalité », trad. fr., *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 10, 1974, p. 61-78.

(1958), « L'Hallucination », trad. fr., in *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983, p. 75-96.

(1959), « Attaques contre les liens », trad. fr., *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 25, 1982, p. 285-298.

(1961), *Recherches sur les petits groupes*, trad. fr., Paris, PUF, 1982.
(1962a), *Aux sources de l'expérience*, trad. fr., Paris, PUF, 1979.
(1962b), « Une théorie de l'activité de pensée », trad. fr., in *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983, p. 125-135.
(1963), *Éléments de la psychanalyse*, trad. fr., Paris, PUF, 1979.
(1970), *L'Attention et l'interprétation*, trad. fr., Paris, Payot, 1974.
(1997), *Pensée sauvage, pensée apprivoisée*, trad. fr., Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 1998.

BLEGER J.
(1967), *Symbiose et ambiguïté*, trad. fr., Paris, PUF, 1981.
(1988) « Le Groupe comme institution et le groupe dans les institutions », in R. KAËS *et al.*, *L'Institution et les institutions*, Paris, Dunod, p. 47-61.

BLOS P. (1985), *Son and father. Before and beyond the Œdipe complex*, New York, Free Press.

BODDAERT N., BELIN P., CHABANE N. *et al.* (2003), « Perception of complex sounds : abnormal pattern of cortical activation in autism », *American Journal of Psychiatry*, n° 160, p. 2057-60.

BOEKHOLT M. (1993), *Épreuves thématiques en clinique infantile. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod.

BOLLAS CH. (1989), « L'Objet transformationnel », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 4, p. 1181-1199.

BOLTANSKI L. (1974), *Prime éducation et morale de classe*, Éditions du CNRS.

BONNET G. (1996), *La Violence du voir*, Paris, PUF.

BOTELLA C. et S. (1982), « Sur la carence auto-érotique du paranoïaque », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 1.

BOURGÈS S. (1973), *Approche génétique et psychanalytique de l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

BOURGUIGNON O. (1984), *Mort des enfants et structures familiales*, Paris, PUF.

BOWER T.G.R. (1977), *Le Développement psychologique de la première enfance*, trad. fr., Bruxelles, Pierre Mardaga, 1978.

BOWLBY J.
(1951), « Soins maternels et santé mentale », Monographie, Genève, OMS.
(1969), *Attachement et perte*. 1 : *L'Attachement*, trad. fr., Paris, PUF, 1978.
(1973), *Attachement et perte*. 2 : *La Séparation : angoisse et colère*, trad. fr., Paris, PUF, 1978.
(1980), *Attachement et perte*. 3 : *La Perte : tristesse et dépression*, trad. fr., Paris, PUF, 1984.

BRAUNSCHWEIG D., FAIN M. (1975), *La Nuit, le jour*, Paris, PUF.

BRAZELTON T.B. (1973), « Échelle d'évaluation du comportement néonatal », trad. fr., *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 31e année, n° 2-3, 1983, p. 61-96.

BRAZELTON T.B. *et al.* (1978), « Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère nourrisson », trad. fr., *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXIV, fasc. 2, p. 397-418.

BRAZELTON T.B., KOSLOWSKY B., MAIN M. (1974), « The Origins of reciprocity : the early mother-infant interaction », in LEWIS M. , ROSENBLUM A.

et al., *The Effect of the infant on its caregiver*, New York, John Wiley Interscience, p. 49-76.

BRELET F. (1986), *Le TAT. Fantasme et situation projective*, Paris, Dunod.

BRELET-FOULARD F., CHABERT C. (dir.) (2003), *Nouveau manuel du TAT. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod.

BRETHERTON I., BATES E. (1979), « The Emergence of intentional communication », in UZGIRIS I.C. *et al.*, *New directions for child development*, vol. 4, San Francisco, Jossey-Bass.

BRETTE F. (2005), « Le traumatique, effets positifs et organisateurs », in BRETTE F., EMMANUELLI M., PRAGIER G., *Le traumatisme psychique, organisation et désorganisation*, Paris, PUF.

BRUNER J.S. (1975), « From communication to language. A psychological perspective », *Cognition*, n° 3, p. 255-287.

BRUNET O., LÉZINE I. (2001), *Échelles de développement psychomoteur de la première enfance*, Paris, ECPA, version révisée.

BRUSSET B.

(1977), *L'Assiette et le miroir : l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*, Toulouse, Privat.

(1998), *L'Hypocondrie*, Paris, PUF.

BRUSSET B., COUVREUR C. *et al.* (1993), *La Névrose obsessionnelle*, Monographies de la *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF.

BUCCI W. (1997), *Psychoanalysis and cognitive science. A multiple code theory*, New York, Guilford Press.

BULLINGER A. (2004), *Le Développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Paris, PUF.

BURLOUX G. (2004), *Le Corps et sa douleur*, Paris, Dunod.

BUSNEL M.-C. (1997), « Audition fœtale et réactivité à la voix maternelle « adressée » », in collectif, *Que savent les fœtus ?*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès, p. 35-49.

BUSNEL M.-C. *et al.* (1989), « La Sensorialité fœtale », in LEBOVICI S. et WEILL-HALPERN F. (dir.), *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF, p. 157-164.

BUTTERWORTH G., COCHRAN E. (1980), « Towards a mechanism of joint visual attention in infancy », *International Journal of Behavioral Development*, n° 4, p. 253-272.

BYDLOWSKI M. (1978), « Les Enfants du désir. Le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient », *Psychanalyse à l'Université*, t. 4, n° 13, p. 59-92.

CAHN R.

(1986), « L'Emprise narcissique », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 6.

(1991), *Adolescence et folie*, Paris, PUF.

CALARGE C., ANDREASEN N.C., O'LEARY D.S. (2003), « Visualizing how one brain understands another : a PET study of theory of mind », *American Journal of Psychiatry*, n° 160, p. 1954-1964.

CAREL A.

(1981), « Processus psychotiques chez le nourrisson », in RESNIK S. *et al.*, *Autismo infantile e educazione*, Rome, Ministero delle Pubblica Istruzione, Istituto della Enciclopedia Italiana, p. 117-138.

(1998), « Les Signes précoces de l'autisme et de l'évitement relationnel du nourrisson », in DELION P. *et al.*, *Les Bébés à risque autistique*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès, p. 27-46.
(2000), « L'Évitement relationnel du nourrisson et les dysharmonies interactives », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 48, p. 375-387.

CHABERT C.
(1983), *Le Rorschach en clinique adulte*, Paris, Dunod.
(1983-1997), *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*, 2e éd. corrigée, Paris, Dunod, 1997.
(1987-1998), *La Psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, 2e éd. augmentée, Paris, Dunod, 1998.
(1988), *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod, coll. « Les Topos ».
(1991), *L'Interprétation des épreuves projectives à l'adolescence*, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37213-B-10.
(1994), « La Psychanalyse au service de la psychologie projective », in KAËS R. *et al.*, *Les Voies de la psyché*, Paris, Dunod.
(1996), « Le Point de vue structural chez Freud. Le fonctionnement psychique ; le transfert », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, *Psychiatrie*, 37-810-F-20.
(1997), « La Formation aux épreuves projectives : quelles transmissions ? », *Nervure*, X, 2, p. 44-48.
(1998), *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod, coll. « Les Topos ».

CHABERT C., BEHAR-AZOULAY C., CHRÉTIEN M., GUÉDENEY N., JEAMMET P. (1990), « Évaluation des processus de changement au cours du traitement d'adolescents psychotiques », *La Psychiatrie de l'Enfant*, 33, 1, 189-285.

CHABERT C., BRUSSET B., BRELET-FOULARD F. (1999), *Névroses et fonctionnements limites*, Paris, Dunod.

CHARAVEL M. (2002), « Participation des patients au choix thérapeutique en cancérologie », in DUMET N., BROYER G., *Avoir ou être un corps*, Lyon, L'Interdisciplinaire.

CHARAZAC P. (1998), *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*, Paris, Dunod.

CHILAND C. *et al.* (1991), *Angoisse et complexe de castration*, Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, Paris, PUF.

CIAVALDINI A. *et al.*
(1999), *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson.
(2003), *Violences sexuelles. Le soin sous contrôle judiciaire*, Paris.

CICCONE A.
(1995a), « Manque et répétition », *Cahiers de Psychologie Clinique*, n° 5, p. 29-50.
(1995b), « Le Nourrisson et la douleur psychique », *Dialogue*, n° 128, p. 6-15.
(1996), « La Filiation à l'épreuve du handicap : fantasme de culpabilité et fantasme de transmission », *Contraste*, n° 4, p. 61-70.

(1997a), « L'Éclosion de la vie psychique », in CICCONE A., GAUTHIER Y., GOLSE B. et STERN D., *Naissance et développement de la vie psychique*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès, p. 11-37.

(1997b), « Empiétement imagoïque et fantasme de transmission », in EIGUER A. *et al.*, *Le Générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod, p. 151-185.

(1997c), « Répétition d'échecs et rencontre traumatique avec le handicap, dans la perspective de la transmission psychique », *Dialogue*, n° 137, p. 25-30.

(1998a), *L'Observation clinique*, Paris, Dunod.

(1998b), « Observation d'un groupe mères/bébés en service hospitalier de maternité : maternité et prévention », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n° 29, p. 43-64.

(1998c), « Troubles du sommeil sévères chez un très jeune enfant : traitement dans un dispositif de consultations thérapeutiques familiales », *La Psychiatrie de l'Enfant*, t. XLI, n° 2, p. 403-441.

(1999), *La Transmission psychique inconsciente. Identification projective et fantasme de transmission*, Paris, Dunod.

(2000), « Travail du traumatisme et fantasme de transmission dans la rencontre avec le handicap », *Le Divan Familial*, n° 5, p. 177-186.

(2001), « Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques », *Cahiers de Psychologie Clinique*, n° 17, p. 81-102.

(2003a), « Les Enfants qui « poussent à bout » : logiques du lien tyrannique », in CICCONE A. *et al.*, *Psychanalyse du lien tyrannique*, Paris, Dunod, p. 11-45.

(2003b), « La Place du père. Clinique de la fonction paternelle », in ANZIEU-PREMMEREUR C. et POLLAK-CORNILLOT M. (dir.), *Pratiques psychanalytiques auprès des bébés*, Paris, Dunod, p. 125-152.

(2003c), « La « Tyrannie-et-soumission » : apports de Donald Meltzer », in CICCONE A. *et al.*, *Psychanalyse du lien tyrannique*, Paris, Dunod, p. 167-177.

(2004), « Naissance de la pensée », *Groupal*, n° 15, p. 19-38.

(2005a), « Aux sources du ludique », *Groupal*, n° 17, p. 29-44.

(2005b), « L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 53, n° 1-2, p. 24-31.

(2007), « Rythmicité et discontinuité des expériences chez le bébé ».

CICCONE A. (dir.) (2003), *Psychanalyse du lien tyrannique*, Paris, Dunod.

CICCONE A., FERRANT A. (2004), « Réalité traumatique et travail de la honte », in CHOUVIER B. et ROUSSILLON R. (dir.), *La Réalité psychique. Psychanalyse, réel et trauma*, Paris, Dunod, p. 177-201.

CICCONE A., LHOPITAL M. (2001), *Naissance à la vie psychique*, nouv. éd. refondue, augmentée et mise à jour, Paris, Dunod.

CICCONE A., MELLIER D. (dir.), *Le bébé et le temps*, Paris, Dunod, p. 13-40.

CLEGHORN J.M., FRANCO S., SZECHTMAN B. (1992), « Towards a brain map of auditory hallucinations », *American Journal of Psychiatry*, n° 149, p. 1062-1069.

COMBE C.

(2002), *Soigner l'anorexie*, Paris, Dunod.

(2004), *Comprendre et soigner la boulimie*, Paris, Dunod.

CONDON W.S., SANDER L.W. (1974), « Neonate movement is synchronised with adult speech : interactional participation and language acquisition », *Science*, n° 183, p. 99-101.

CORCOS M., FLAMENT M., JEAMMET P. (2004), *Les Conduites de dépendance*, Paris, Masson.

CORCOS M., SPERANZA M. (2003), *Psychopathologie de l'alexithymie*, Paris, Dunod.

CORMAN L.
(1959), *Le Test PN*, Paris, PUF.
(1961), *Le Test du dessin de famille*, Paris, PUF.

COSNIER J. (1998), *Le Retour de Psyché*, Paris, Desclée de Brouwer.

COURNUT M., COURNUT J. (1993), « La Castration et le féminin dans les deux sexes », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 57, p. 1343-1559.

CRAMER B., PALACIO-ESPASA F. (1993), *La Pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, PUF.

CRITTENDEN P.M. (1981), « Abusing, neglecting, problematic and adaquates dyads : differenciating by pattern of interaction », *Merrill-Palmer Quarterly*, vol. 27, n° 3, p. 201-218.

CROCQ L.
(1996), « Critique du concept d'état de stress post-traumatique », *Perspectives Psychiatriques*, n° 35, p. 5.
(1999), *Les Traumatisme psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.

CUPA D. (dir.) (2000), *L'Attachement : perspectives actuelles*, Paris, EDK.

DAMASIO A.R.
(1995), *L'Erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob.
(1999), *Le Sentiment même de soi*, Paris, Odile Jacob.
(2003), *Spinoza avait raison*, Paris, Odile Jacob.

DAMASIO A.R., MAURER R.G. (1978), « A neurological model for childhood autism », *Archives Neurology and Psychiatry*, n° 35, p. 778-786.

DARWIN C. (1889), *L'Expression des émotions chez l'homme et les animaux*, trad. fr., Paris, D. Férault-Rivage Poche, 2001.

DAVID A.S. (1994), « The neuropsychological origin of auditory hallucinations », in DAVID A.S., CUTTING J.C. (eds), *The Neuropsychology of schizophrenia*, Hove, Lawrence Erlbaum, p. 269-313.

DAVID M. (1997), « Activité spontanée et fonctionnement mental préverbal du nourrisson », in *Que sont les bébés devenus*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès.

DAVID M., APPEL G.
(1961), « Étude des facteurs de carence affective dans une pouponnière », *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. IV, fasc. 2, p. 407-442.
(1973), *Löczy ou le maternage insolite*, Paris, Le Scarabée.

DAVID M., CASTEX E., LEGER E.-M., MERLET A.-M. (1981), « Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique », *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXIV, fasc. 1, p. 151-196.

DEBRAY R.
(1970), « Qu'apporte le TAT à 6 ans ? », *Psychologie Française*, n° 32-3, p. 127-130.
(2001), *Épître à ceux qui somatisent*, Paris, PUF.

DECERF A. (1987), « Les Interactions précoces de la mère et de l'enfant et la naissance de la vie psychique », *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXX, fasc. 2, p. 501-517.

DECETY J.

(2002), « Naturaliser l'empathie », *L'Encéphale*, n° 28, p. 9-20.

(2004), « L'Empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui ? », in BERTHOZ A., JORLAND G. (eds), *L'Empathie*, Paris, Odile Jacob.

DECETY J. *et al.*

(1997), « Brain activity during observation of actions. Influence of action content and subject's strategy », *Brain*, n° 120, p. 1763-1777.

(1999), « Neural mechanisms subserving the perception of human actions », *Trends in Cognitive Sciences*, n° 3-5, p. 172-1178.

(2005), « The social neuroscience of empathy », in LANGE P.A. (ed.), *Bridging social psychology : benefits of transdisciplinary approaches*, Nahwah NJ, Lawrence Erlbaum As.

DECETY J., NADEL F. (dir.) (2002), *Imiter pour comprendre*, Paris, PUF.

DEJOURS C.

(1998), *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Le Seuil.

(2001), *Le Corps, d'abord*, Paris, Payot.

DELEUZE G. (1967), *Présentation de Sacher Masoch*, avec le texte intégral de *La Vénus à la fourrure*, Paris, Éditions de Minuit.

DE MYER M.K. *et al.* (1972), « Imitation in autistic, early schizophrenic and non-psychotic subnormal children », *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, n° 2, p. 264-287.

DENIS P. (1992), « Emprise et théorie des pulsions », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 5, p. 1297-1423.

DENNET D.C. (1990), *La stratégie de l'interprète*, Paris, Gallimard.

DEVEREUX G.

(1970), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.

(1972), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1985.

DILTHEY W. (1947), *Le Monde de l'esprit I-II*, Paris, Aubier-Montaigne.

DODD B. (1979), « Lip reading in infants : attention to speech presented in and out of synchrony », *Cognitive Psychology*, n° 11, p. 478-484.

DONNET J.-L. (1995), *Le Divan bien tempéré*, Paris, PUF.

DONNET J.-L., GREEN A. (1973), *L'Enfant de ça*, Paris, Éditions de Minuit.

DOREY R. (1988), *Le Désir de savoir*, Paris, Denoël.

DORNES M. (2002), *Psychanalyse et psychologie du premier âge*, trad. fr., Paris, PUF, 2002.

DUCHESNE N., ROY J. (1991), « Enfants de mère psychotique : risques développementaux et interactions précoces. Revue de la littérature », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 39e année, n° 7, p. 291-299.

DUEZ B.

(1996), « Destins des figurabilités corporelles : psychodrame avec des adolescents antisociaux », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n° 25.

(2000), « L'Adolescence : de l'obsénalité du transfert au complexe de l'autre », in CHAPELIER J.-B. *et al.*, *Le Lien groupal à l'adolescence*, Paris, Dunod.

(2004), « Entre ambiguïté et négation : les traces du travail de l'incompatibilité dans les scènes et figures de la réalité », in CHOUVIER B. et ROUSSILLON R., *La Réalité psychique. Psychanalyse, réel et trauma*, Paris, Dunod.

DUGNAT M. *et al.* (2001), *Comment observer un bébé avec attention ?*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès.

DUMET N. (2002), *Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod.

DURAND G. (1969), *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, Paris, Bordas.

DURAND Y. (1988), *L'Exploration de l'imaginaire*, Paris, L'Espace Bleu.

EIGUER A. (1989), *Le Pervers narcissique et son complice*, Paris, Dunod.

EMDE R.N. (1999), « Une progression : les influences intégratrices des processus affectifs sur le développement et en psychanalyse », *Revue Française de Psychanalyse*, LXIII, 1, p. 199-216.

EMDE R.N., OPPENHEIM D. (1995), « La honte, la culpabilité et le drame œdipien : considérations développementales à propos de la moralité et de la référence aux autres », trad. fr., *Devenir*, vol. 14, n° 4, 2002, p. 335-361.

EMMANUELLI M., AZOULAY C. (2001), *Les Épreuves projectives à l'adolescence. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod, coll. « Psychismes ».

ERICKSON E.H. (1968), *Adolescence et crise. La quête de l'identité*, trad. fr., Paris, Flammarion, 1972.

EY H., BERNARD P., BRISSET C. (1970), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson.

FAIN M.

(1971), « Prélude à la vie fantasmatique », *Revue Française de Psychanalyse*, vol. XXXV, n° 2-3, p. 291-365.

(1990), « Virilité et antihystérie. Les rouleurs de mécaniques », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 54, p. 5.

FAIN M., BRAUNSCHWEIG D. (1975), *La Nuit, le jour*, Paris, PUF.

FARINONE M.-P.

(2001), « La contrainte par le corps : le processus opératoire », *Mémoire de DEA*, sous la direction de A. Ferrant, Centre de recherches en psychologie et psychopathologie cliniques (CRPPC), Université Lumière-Lyon 2.

FARRER C., FRANCK N., GEORGIEFF N., FRITH C.D., DECETY J., JEANNEROD M. (2003), « Modulating agency : a PET study », *NeuroImage*, n° 18, p. 324-333.

FEDERN P. (1952), *La Psychologie du moi et les psychoses*, trad. fr., Paris, PUF, 1979.

FEDIDA P.

(1992), *Crise et contre-transfert*, Paris, PUF.

(2001), *Des bienfaits de la dépression*, Paris, Odile Jacob.

FERENCZI S. (1927-1933), *Psychanalyse*, 4, Paris, Payot.

FERRANT A.

(1993), « Le Psychaunaute : éléments pour une topique de l'écriture chez L.F. Céline », *Bulletin du Groupe Lyonnais de Psychanalyse*, 1994.

(2001), *Pulsion et liens d'emprise*, Paris, Dunod.
(2003), « La Honte et l'emprise », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 5.
(2004), « Le Regard, la honte, le groupe », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n° 43.

FERRANT A., BONNET V. (2003), « Blessure narcissique et idéal du moi : la figure du vaillant petit soldat en psycho-oncologie », *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2, 3.

FERRANT A., CICCONE A. (2004), « Réalité traumatique et travail de la honte », in CHOUVIER B. et ROUSSILLON R., *La Réalité psychique. Psychanalyse, réel et trauma*, Paris, Dunod.

FERRANT A., ROUSSILLON R. (2005), « Survivances du père et émergence du désir », *Cahiers de Psychologie Clinique*, n° 24, p. 167-183.

FISHCHER S., CLEVELAND S.E. (1958), *Body image and personality*, New York, D. Van Nostrand, Reinhold.

FIVAZ-DEPEURSINGE E. (2000), « Le Bébé et la triangulation », in MAURY M. et LAMOUR M. (dir.), *Alliances autour du bébé*, Paris, PUF, p. 63-74.

FIVAZ-DEPEURSINGE E., CORBOZ-WARNERY A. (1999), *The Primary triangle. A development system view of mothers, fathers and infants*, New York, Basic Books. Trad. fr. (2001), *Le Triangle primaire*, Paris, Odile Jacob.

FIVAZ-DEPEURSINGE E., FRASCAROLO F. *et al.* (1998), « Évaluation de l'alliance triadique dans un jeu père-mère-bébé », *Devenir*, vol. 10, n° 4, p. 79-104.

FIVAZ-DEPEURSINGE E., STERN D.N. *et al.* (1994), « The dynamics of interface : seven authors in search of encocenters across levels of description of an event involving a mother, father and baby », *Infant Mental Health Journal*, vol. 15, n° 1, p. 69-89.

FONAGY P.
(1999a), *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*, University College London.
(1999b), « La Compréhension des états psychiques, l'interaction mère-enfant et le développement du self », trad. fr., *Devenir*, vol. 11, n° 4, p. 7-22.
(2002), « Développement de la psychopathologie de l'enfant à l'âge adulte : le mystérieux déploiement des troubles dans le temps », *Psychiatrie de l'Enfant*, XLIV, 2, p. 333-369.
(2004), *Théorie de l'attachement et psychanalyse*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès.

FONAGY P. *et al.* (1991), « Fantômes dans la chambre d'enfants » : étude de la répercussion des représentations mentales des parents sur la sécurité de l'attachement », trad. fr., *La Psychiatrie de l'Enfant*, t. XXXIX, fasc. 1, 1996, p. 63-83.

FONAGY P., GERGELY G., JURIST E.L., TARGET M. (2002), *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*, New York, Other Press LLC.

FONAGY P., TARGET M. (1997), « Attachment and reflective function : their role in self-organization », *Development and Psychopathology*, n° 9, p. 679-700.

FOSSATI P., HEVENOR S.J., GRAHAM S.J. *et al.* (2003), « In search of the emotional self : an fRMI Study using positive and negative emotional words », *American Journal of Psychiatry*, n° 160-11, p. 1938-1945.

FRAIBERG S.
(1982), « Mécanismes de défenses pathologiques au cours de la première enfance », *Devenir*, 1, vol. 5, 1993, p. 7-29.
(1999), *Fantôme dans la chambre d'enfant*, Paris, PUF.

FRANK L.K. (1939), « Projective methods for the study of personality », *Journal of Psychology*, n° 8, p. 1939.

FRANK N., FARRER C., GEORGIEFF N. *et al.* (2001), « Defective recognition of one's own actions in patients with schizophrenia ». *American Journal of Psychiatry*, 158, p. 454-459.

FRANCK N., GEORGIEFF N. (2002), « Hypothèses neurodéveloppementales de la schizophrénie », *La Revue du Praticien*, n° 52, p. 1202-1207.

FRANCK N., THIBAUT F. (2003), *Hallucinations, Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37-120-A-10.

FRASCAROLO F. (2001), « Le Père fait-il partie de la triade familiale ? », in ZAOUCHE-GAUDRON C. (dir.), *La Problématique paternelle*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès, p. 95-103.

FREUD S.
(1893), « Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques » in *Résultats, idées, problèmes*, I, Paris, PUF, 1984.
(1895a), « Esquisse pour une psychologie scientifique », in *Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1952.
(1895b), *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1978.
(1896a), « Lettre du 6-12-1896 », in *Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1952.
(1896b), « L'hérédité et l'étiologie des névroses », trad. fr., in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1988, p. 47-59.
(1898), « La sexualité dans l'étiologie des névroses », in *Œuvres complètes*, t. III, Paris, PUF, 1989.
(1899), « Sur les souvenirs-écrans », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.
(1900), *L'Interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967.
(1905a), « Fragments d'une analyse d'hystérie, le cas Dora », in *Cinq Psychanalyses*, 12e éd., Paris, PUF, 1984.
(1905b), *Le Mot d'esprit et sa relation à l'inconscient*, Paris, Gallimard, 1988.
(1905c), *Trois essais sur la sexualité*, trad. 1987, Paris, Gallimard, 1987.
(1907), « Le Créateur littéraire et la fantaisie », in *L'Inquiétante étrangeté et autres textes*, Paris, Gallimard, 1985.
(1908a), « La Morale sexuelle civilisée et la maladie nerveuse des temps modernes », in *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.
(1908b), « Les Théories sexuelles infantiles », in *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.
(1908c), « Caractère et érotisme anal », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1998, p. 143-148.
(1909a), « Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (le petit Hans) », in *Cinq Psychanalyses*, 12e éd., Paris, PUF, 1984.

(1909b), « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle. (L'homme au rat) », in *Cinq psychanalyses*, 12ᵉ éd., Paris, PUF, 1984, p. 199-261.
(1909-1910), *Œuvres complètes*, t. X, Paris, PUF, 1993.
(1911a), « Formulations sur les deux principes du fonctionnement mental », in *Résultats, idées, problèmes*, in *Œuvres complètes*, t. XI, 1911-1913, Paris, PUF, 1998.
(1911b), « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (dementia paranoides) (le Président Schréber) », in *Cinq Psychanalyses*, 12ᵉ éd., Paris, PUF, 1984.
(1912), « Sur les types d'entrée dans la névrose », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1988, p. 175-182.
(1913a), « La prédisposition à la névrose obsessionnelle », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1988, p. 189-197.
(1913b), *Totem et tabou*, in *Œuvres complètes*, t. XI, 1911-1913, Paris, PUF, 1998.
(1914), « Pour introduire le narcissisme », in *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.
(1914-1915), *Œuvres complètes*, t. XIII, Paris, PUF, 1988.
(1915a), « Complément métapsychologique à la théorie du rêve », in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968.
(1915b), « Deuil et mélancolie », in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll. « Idées », 1978.
(1915c), « Pulsion et destin des pulsions », in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968.
(1915d), *Vue d'ensemble sur les névroses de transfert*, Paris, Gallimard, 1985.
(1915e), « Le refoulement », in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, p. 45-63.
(1916a), « Quelques types de caractère dégagés par le travail psychanalytique », in *L'Inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, 1985, p. 135-171.
(1916b), *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1999.
(1917), « Sur les transpositions de pulsions en particulier dans l'érotisme anal », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1967.
(1920), « Au-delà du principe du plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1983.
(1921), « Psychologie des masses et analyse du moi », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1983.
(1921-1923), *Œuvres complètes*, t. XVI, Paris, PUF, 2ᵉ édition, 2003.
(1923a), « L'organisation génitale infantile », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1985, pp. 113-116.
(1923b), « Le Moi et le ça », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1983.
(1923-1925), *Œuvres complètes*, t. XVII, Paris, PUF, 1992.
(1924a), « Le Problème économique du masochisme », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.
(1924b), « La disparition du complexe d'Œdipe », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1985, pp. 117-122.

(1925a), « La Négation », in *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1984.
(1925b), « Note sur le bloc-notes magique », in *Résultats, idées, problèmes* II, Paris, PUF, 1985, p. 119-125.
(1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1978.
(1927) « Le fétichisme », in *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1985, p. 133-138.
(1929), *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, 1971.
(1932a), *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, PUF, 1984.
(1932b), « Sur la prise de possession du feu », in *Résultats, idées, problèmes*, t. II, Paris, PUF, 1984.
(1937a), « L'Analyse avec fin et l'analyse sans fin », in *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984.
(1937b), « Constructions dans l'analyse », in *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984.
(1938a), *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1978.
(1938b), « Le Clivage du moi dans le processus de défense », in *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984.

FRITH C.D.
(1992a), *The Cognitive neuropsychology of schizophrenia*, Hove, Lawrence Erlbaum, 1992.
(1992b), *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie*, trad. fr., Paris, PUF, 1996.
(1996), « The Role of the prefrontal cortex in self-consciousness : the case of auditory hallucinations », *Philosophical Transactions. Royal Society of London. Biological Sciences*, n° 351, p. 1505-1512.

FRITH U. (1989), *L'Énigme de l'autisme*, trad. fr., Paris, Odile Jacob, 1992.

FRITH U., MORTON J., LESLIE A.M. (1991), « Les bases cognitives d'un désordre biologique : l'autisme », trad. fr., *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, n° hors série, 1997, p. 45-52.

GALLESE V., GOLDMAN A. (1998), « Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading », *Trends in Cognitive Science*, n° 2, p. 493-501.

GAMPEL Y.
(1983), « I was a holocaust child : now I am fifty », in WILSON J.P. *et al.*, *Holocaust survivor and the family*, New York, Praeger Special Studies/Preager Scientific.
(1988), « Facing war, murder, torture, and death in latency », *Psychoanalytic Review*, vol. 65, p. 499-509.

GARLAND C. *et al.* (1998), *Comprendre le traumatisme. Approche psychanalytique*, trad. fr., Larmor-Plage, Édition du Hublot, 2001.

GEORGIEFF N.
(2000), « Neuropsychopathologie cognitive sociale de l'action : apport à l'étude des symptômes positifs de la schizophrénie », *Intellectica*, 2, 31, p. 191-225.
(2005), « Pour un échange en psychanalyse et sciences de l'esprit », *L'Évolution Psychiatrique*, 70, 1, p. 63-85.

GEORGIEFF N., JEANNEROD M.
(1998a), « Approche expérimentale des anomalies d'attribution de l'action chez les schizophrènes », *L'Encéphale*, n° 1, p. 113-118.

(1998b), « Beyond consciousness of external reality. A conceptual framework for consciousness of action and self consciousness », *Consciousness and Cognition*, n° 7, p. 465-477.

GERGELY G.

(1998), « Naissance de la capacité de régulation des affects », in *Prendre soin du jeune enfant*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès.

(2002), « Perception causale et rôle des comportements imitatifs des parents », in *Imiter pour découvrir l'humain*, Paris, PUF.

GIBEAULT A. (1989), « Destins de la symbolisation », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 6, p. 1517-1678.

GIBELLO B.

(1976), « Dysharmonies cognitives », *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, vol. 24, n° 9, p. 439-452.

(1984), *L'Enfant à l'intelligence troublée*, Paris, Le Centurion.

(1985), « Les Retards ou régressions d'organisation du raisonnement. Notes sur un syndrome cognitif nouveau », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 33, n° 1, p. 3-11.

GRAY J., FELDON J., RAWLINS J.N.P., HEMSLEY D.R., SMITH A.D. (1991), « The Neuropsychology of schizophrenia », *Behavioral and Brain Sciences*, n° 14, p. 1-20.

GRAY J.A. (1995), « The contents of consciousness : a neuropsychological conjecture », *Behavioral and Brain Sciences*, 18, p. 659-722.

GREEN A.

(1970), « Répétition, différence, réplication », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 34.

(1972), « Note sur le processus tertiaire », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 36, p. 407-411.

(1973a), *Le Discours vivant*, Paris, PUF.

(1973b), « On negative capability, a critical review of W.R. Bion's attention and interpretation », *Internationnal Journal of Psychoanalysis*, n° 54, p. 115-119.

(1974), « L'Analyste, la symbolisation et l'absence », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 10, p. 225-252.

(1975), « Le Temps mort », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 11, p. 103-110.

(1976), « Un, autre, neutre : valeurs narcissiques du même », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*.

(1983), *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Éditions de Minuit.

(1984), *Le Langage dans la psychanalyse*, Paris, Les Belles Lettres.

(1988), « La Pulsion et l'objet », préface à Brusset, *Psychanalyse du lien*, Paris, Le Centurion, p. I-XX.

(1990a), *Le Complexe de castration*, Paris, PUF.

(1990b), *La Folie privée. Psychanalyse des cas limites*, Paris, Gallimard.

(1992), *La Déliaison*, Paris, Les Belles Lettres.

(1993), *Le Travail du négatif*, Paris, Éditions de Minuit.

(1995), *Propédeutique*, Seyssel , Champ-Vallon.

(1999), « Sur la discrimination et l'indiscrimination affect-représentation », *Revue Française de Psychanalyse*, LXIII, n° 1, p. 217-272.

(2000a), *La Diachronie en psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit.
(2000b), « La Position phobique centrale », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 64 (3), p. 743-771.
(2000c), *Le Temps éclaté*, Paris, Éditions de Minuit.
(2002), *La Pensée clinique*, Paris, Odile Jacob.

GREENSPAN S.I. (1986), *Le Développement affectif de l'enfant*, Paris, Payot.

GREENSPAN S.I., LIEBERMANN A. (1980), « Infants, mothers and their interactions. A quantitave clinical approach to developmental assessment », in GREENSPAN S.I.*et al.*, *The Course of life*, vol. 1, Washington, Government Printing Office, p. 271-310.

GRIVOIS H. (1996), *Le Fou et le mouvement du monde*, Paris, Masson.

GROTSTEIN J.S. (1981), *Splitting and projective identification*, New York, Jason Aronson.

GRÜNBAUM A. (1984), *The foundations of psychoanalysis*, Berkeley, University of California Press, 1984. Trad. fr. : *Les Fondements de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1996.

GRUNBERGER B. (1975), *Le Narcissisme*, Paris, Payot.

GUEDENEY A., BUNGENER C., WIDLÖCHER D. (1993), « Le Post-partum blues : une revue critique de la littérature », *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXVI, fasc. 1, p. 329-354.

GUILLAUMIN J.
(1973), « Culpabilité, honte et dépression », *Revue Française de Psychanalyse*, tome XXXVIII, n° 5-6, p. 983-1006.
(1977), *La Dynamique de l'examen psychologique*, Paris, Bordas.
(1983), *Psyché*, Paris, PUF.
(1979), *Le Rêve et le Moi*, Paris, PUF.
(1988), « L'Objet de la perte dans la pensée de S. Freud », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 1, 1989, p. 303-398.

GUTTON P.
(1991), *Le Pubertaire*, Paris, PUF.
(1996), *Adolescents*, Paris, PUF.

GUYOTAT J.
(1980), *Naissance et filiation*, Paris, Masson.
(1982), « Recherches psychopathologiques sur la coïncidence mort/naissance », *Psychanalyse à l'Université*, tome 7, n° 27, p. 463-476.
(1991), *Études cliniques d'anthropologie psychiatrique*, Paris, Masson.

HAAG G.
(1984), « Autisme infantile précoce et phénomènes autistiques. Réflexions psychanalytiques », *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXVII, fasc. 2, p. 293-354.
(1985), « De l'autisme à la schizophrénie chez l'enfant », *Topique*, n° 35-36, p. 47-66.
(1990), « Le Dessin préfiguratif de l'enfant, quel niveau de représentation ? », *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 8, p. 91-130.
(1995), « Composantes autistiques d'un groupe et leurs transformations au regard du cadre et du dispositif », in PRIVAT P. et SACCO F. (dir.), *Groupes d'enfants et cadre psychanalytique*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès.

(1997), « Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel », *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n° 20, p. 111-113.
(1999), « Proposition pour la compréhension des différentes formes de violence chez le jeune enfant », in LACROIX M.-B. et MONMAYRANT M. (dir.), *Enfants terribles, enfants féroces*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès, p. 177-190.

HAAG G., TORDJMAN S. *et al.* (1995), « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité », *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXXVIII, fasc. 2, p. 495-527.

HAAG M. (1984), *À propos des premières applications françaises de l'observation régulière et prolongée d'un bébé dans sa famille selon la méthode de Mrs Esther Bick : des surprises profitables*, vol. 1, Paris, tirage privé.

HALPERN F. (1953), *A clinical approach to children's Rorschach's*, New York, Grune et Stratton.

HAMMES G.J.W., LANGDELL T. (1981), « Precursors of symbol formation and childhood autism », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n° 11, p. 331-345.

HERMAN N.
(1987), *Why psychotherapy ?*, Londres, Free Association Press.
(1988), *My Kleinian home*, Londres, Free Association Press.

HERMANN I. (1972), *L'Instinct filial* (1943), Paris, Denoël.

HINSHELWOOD R.D. (1989), *Dictionnaire de la pensée kleinienne*, trad. fr., Paris, PUF, 2000.

HIRIGOYEN M.-F. (1999), *Le Harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*, Paris, Syros.

HOBSON R.P.
(1989), « Beyond cognition : a theory of autism », in DAWSON G. *et al.*, *Autism : nature, diagnosis and treatment*, New York, Guilford, p. 22-48.
(1993), *Autism and the development of mind*, Hove, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

HOCHMANN J.
(1994), « Cordelia ou le silence des sirènes. Une relecture de l'autisme infantile de Kanner », in PERRON R. et RIBAS D. (dir.), *Autismes de l'enfance*, Monographie de la *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF, p. 29-54.
(1996), *Arguments pour un dualisme méthodologique*. Monographie de la *Revue Française de Psychanalyse* : « Psychanalyse, neurosciences, cognitivisme », Paris, PUF, p. 51-60.
(2004), *L'Histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF.

HOCHMANN J., FERRARI P. *et al.* (1992), *Imitation, identification chez l'enfant autiste*, Paris, Bayard, p. 79-104.

HOCHMANN J., JEANNEROD M. (1991), *Esprit, où es-tu ?*, Paris, Odile Jacob.

HOFFMAN R.E. (1986), « Verbal hallucinations and language production processes in schizophrenia », *Behavioral and Brain Sciences*, 9, p. 503-548.

HOPKINS J.
(1987), « Échec du « holding ». Quelques effets du rejet physique sur l'attachement de l'enfant et sur son expérience interne », trad. fr., *Devenir*, n° 4, 1992, p. 49-67.

(1990), « L'Enfant observé de la théorie de l'attachement », trad. fr., *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXXIX, fasc. 1, 1996, p. 41-62.

HOUZEL D.

(1987), « Le Concept d'enveloppe psychique », in ANZIEU D. *et al.*, *Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, p. 23-45.

(1988), « Autisme et conflit esthétique », *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n° 5, p. 98-115.

(1991), « Le Traumatisme de la naissance », *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n° 9, p. 33-49.

(1993), « Aspects spécifiques du transfert dans les cures d'enfants autistes », in collectif, *Hommage à Frances Tustin*, Saint-André de Cruzières, Audit Éditions, p. 77-92.

(1994), « Enveloppe familiale et fonction contenante », in ANZIEU D. *et al.*, *Émergences et troubles de la pensée*, Paris, Dunod, nouv. éd. 2000, p. 27-40.

(1995a), « Nouvelles approches psychopathologiques de l'autisme infantile », in LEBOVICI S., DIATKINE R. et SOULÉ M. (dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, p. 1225-1254.

(1995b), « Les Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent », in LEBOVICI S., DIATKINE R. et SOULÉ M. (dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, p. 1667-1692.

JACKSON M., WILLIAMS P. (2004), *Impensables tourmentes, la quête du sens dans la psychose*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot.

JACOB P. (2004), *L'Intentionnalité*, Paris, Odile Jacob.

JANIN Cl.

(1990), « L'Empiétement psychique », in *La Psychanalyse, questions pour demain*, Monographies de la *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF.

(1996), *Figures et destins du traumatisme*, Paris, PUF.

JEAMMET P.

(1980), « Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 44, p. 3-4.

(1991), « Addiction-dépendance-adolescence. Réflexions sur leurs liens. Conséquences sur nos attitudes thérapeutiques », in VENISSE J.-L. (dir.), *Les Nouvelles addictions*, Paris, Masson, p. 10-29.

JEAMMET P., BIROT E. (1994), *Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*, Paris, PUF.

JEAMMET P., CORCOS M. (2005), *Évolution des problématiques à l'adolescence*, 2e éd., Rueil-Malmaison, Doin.

JEANNEAU A. (2002), « L'Hypocondrie ou le corps ailleurs qu'en lui-même », *Revue Française de Psychosomatique*, n° 22.

JEANNEROD M.

(1996), *De la physiologie mentale*, Paris, Odile Jacob.

(1997), *The Cognitive neuroscience of action*, Oxford, Blackwell.

(2000), *Psychanalyse et science(s)*, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, *Psychiatrie*, 37-811-A-30, Elsevier.

(2002), *La Nature de l'esprit*, Paris, Odile Jacob.

JEANNEROD M., GEORGIEFF N. (2000), « Psychanalyse et Science(s) », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-811-A-30, Elsevier.

JONES V., PRIOR M. (1985), « Motor imitation abilities and neurological signs in autistic children », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n° 15, p. 37-46.

JORLAND G., (2004), « L'Empathie : histoire d'un concept », in BERTHOZ A. et JORLAND G. (eds), *L'Empathie*, Paris, Odile Jacob, p. 19-49.

KAËS R.

(1978), *L'Étayage multiple du psychisme*, Bibliothèque du CRPPC, Université Lyon 2, inédit.

(1993), *Le Groupe et le sujet de groupe*, Paris, Dunod.

(2000), *L'Appareil psychique groupal*, Paris, Dunod.

KANDEL E.R. (1999), « Biology and the future of psychoanalysis : A new intellectual framework for psychiatry revisited », *American Journal of Psychiatry*, 1999, n° 156, p. 505-524. Trad. fr : « La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée », *L'Évolution Psychiatrique*, n° 67 (1), p. 40-82, 2002.

KANNER L.

(1943), « Les Troubles autistiques du contact affectif », trad. fr., *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38e année, n° 1-2, 1990, p. 65-84.

(1944), « Early infantil autism », *Journal of Pediatrics*, vol. 25, p. 211-217.

KAUFMANN P. *et al.* (1993), *L'Apport freudien*, Paris, Bordas.

KERNBERG O.

(1975a), *La Personnalité narcissique*, trad. fr., Toulouse, Privat, 1988.

(1975b), *Les Troubles limites de la personnalité*, trad. fr., Toulouse, Privat, 1979.

KESTEMBER E. (1962), « L'Identité et l'identification chez les adolescents. Problèmes théoriques et techniques », *Psychiatrie de l'Enfant*, 5, 2.

KESTEMBERG E.J, DECOBERT S. (1973), *La Faim et le corps*, Paris, PUF.

KHAN M.-R.

(1974), « La Rancune de l'hystérique », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 10, p. 151-158.

(1985), *Passion, solitude et folie*, Paris, Gallimard.

KLEIN M.

(1927), « Les Tendances criminelles chez les enfants normaux », trad. fr., in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1984, p. 211-228.

(1932), *La Psychanalyse des enfants*, trad. fr., Paris, PUF, 1972.

(1935), « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs », trad. fr., in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1984, p. 311-340.

(1940), « Le Deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs », trad. fr., in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1984, p. 341-369.

(1945), « Le Complexe d'Œdipe éclairé par les angoisses précoces », trad. fr., in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1984, p. 370-424.

(1946), « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », trad. fr., in KLEIN M. *et al.*, *Développement de la psychanalyse*, trad. fr., Paris, PUF, 1980, p. 247-300.

(1950), *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1984.

(1952a), « En observant le comportement des nourrissons », trad. fr., in KLEIN M. *et al.*, *Développement de la psychanalyse*, trad. fr., Paris, PUF, 1980, p. 223-253.
(1952b), « Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés », trad. fr., in KLEIN M. *et al.*, *Développement de la psychanalyse*, trad. fr., Paris, PUF, 1980, p. 187-222.
(1955), « À propos de l'identification », trad. fr., in *Envie et gratitude et autres essais*, Paris, Gallimard, 1984, p. 141-185.
(1957), « Envie et gratitude », trad. fr., in *Envie et gratitude et autres essais*, Paris, Gallimard, 1984, p. 11-93.
(1960), « Note sur la dépression chez le schizophrène », trad. fr., *Psychanalyse à l'Université*, t. 8, n° 30, 1983, p. 187-191.
(1961), *Psychanalyse d'un enfant*, trad. fr., Paris, Tchou, 1973.

KLEIN M. *et al.* (1952), *Développement de la psychanalyse*, trad. fr., Paris, PUF, 1980.

KLEIN S. (1980), « Autistic phenomena in neurotic states », *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 61, p. 395-402.

KLINNERT M.D. (1985), « The Regulation of infant behaviour by maternal facial expression », *Infant Behaviour and Development*, n° 7, p. 447-465.

KOHUT H. (1971), *Le Soi*, trad. fr., Paris, PUF, 1974.

KLOPFER B., MARGULIES H. (1942), « Rorschach reactions in early Childhood », *Rorscach Research Exchanges*, 5, p. 1-23.

KREISLER L.
(1981), *L'Enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat.
(1987), *Le Nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat.
(1989), *La Psychosomatique de l'enfant*, Paris, PUF.
(1995), « Conduites alimentaires déviantes du bébé : l'anorexie mentale », in LEBOVICI S., DIATKINE R. et SOULÉ M. (dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, p. 2061-2072.

KREISLER L., CRAMER B. (1981), « Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson », *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXXIV, fasc. 1, p. 223-263.

KREISLER L., FAIN M., SOULÉ M. (1974), *L'Enfant et son corps*, Paris, PUF.

LACAN J.
(1936), *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Le Seuil, 1975.
(1966), *Écrits*, Paris, Le Seuil.

LACROIX M.-B., MONMAYRANT M. *et al.* (1999), *Enfants terribles, enfants féroces*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès.

LADAME F. (1981), *Les Tentatives de suicide des adolescents*, Paris, Masson.

LADAME F. *et al.* (1995), *Adolescence et suicide*, Paris, Masson.

LAGACHE D. (1964), « Fantaisie, réalité, vérité », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 28, 4.

LALONDE P., AUBUT J., GRUNBERG F. (1999), *Psychiatrie clinique*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

LAMOUR M. (1989), « Les Nourrissons de parents psychotiques », in LEBOVICI S. et WEILL-HALPERN F. *et al.*, *Psychopathologie du nourrisson*, Paris, PUF, p. 655-673.

LAMOUR M., BARRACO M.

(1988), « Le Nourrisson de mère psychotique : une singulière exposition », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, n° 12, p. 105-118.

(1995), « Perturbations précoces des interactions parent-nourrisson et construction de la vie psychique. Le jeune enfant face à une mère psychotique », *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXXVIII, fasc. 2, p. 529-554.

LANTERI-LAURA G., DEL PISTOIA L. (1994), « Regards historiques sur la psychopathologie », in *Traité de psychopathologie* (D. Widlöcher, ed), Paris, PUF, p. 17-63.

LAPLANCHE J.

(1970), *Vie et mort en psychanalyse*, Paris, Flammarion.

(1981), *Problématique. IV. L'inconscient et le ça*, Paris, PUF.

(1987a), *Le Baquet, transcendance du transfert. Problématiques V*, Paris, PUF.

(1987b), *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF.

(1992), *La Révolution copernicienne inachevée*, Paris, Aubier.

(1993), *Le Fourvoiement biologisant de la sexualité chez S. Freud*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo – Les Empêcheurs de Penser en Rond.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B.

(1964), « Fantasmes originaires, fantasmes des origines, origine du fantasme », *Les Temps Modernes*, n° 215, p. 1833-1868.

(1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.

(1985), *Fantasmes originaires, fantasme des origines et origines du fantasme*, Paris, Hachette.

LAUFER M., LAUFER M.-E. (1984), *Adolescence et rupture du développement : une perspective psychanalytique*, trad. fr., Paris, PUF, 1989.

LAVALLÉE G. (1999), *L'Enveloppe visuelle du Moi*, Paris, Dunod.

LEBOVICI S.

(1970), *La Connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, Paris, PUF, 1970.

(2001), « À propos du père », in ZAOUCHE-GAUDRON C. (dir.), *La Problématique paternelle*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès, p. 201-204.

LEBOVICI S. (dir.) (1989), *L'Évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, Paris-Genève, Eshel-Médecine et Hygiène.

LEBOVICI S., SOULÉ M. (1970), *La Connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, Paris, PUF.

LE CAMUS J.

(1995), *Pères et bébés*, Paris, L'Harmattan.

(2000), *Le Vrai rôle du père*, Paris, Odile Jacob.

(2001), « La Fonction du père dans les premières années de la vie de l'enfant », in ZAOUCHE-GAUDRON C. (dir.), *La Problématique paternelle*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès, p. 75-93.

LE CAMUS J. *et al.* (1997), *Le Rôle du père dans le développement du jeune enfant*, Paris, Nathan.

LE GUEN C. (1992), *Le Refoulement*, Paris, PUF.

LEICHTMAN M. (1996), *The Rorschach, a developmental perspective*, Hillsdale (N.J), The Analytic Press.

LELORD G., MUH J.-P., PETIT M., SAUVAGE D. *et al.* (1989), *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*, Paris, Expansion Scientifique Française.

LELORD G., SAUVAGE D. *et al.* (1990), *L'Autisme de l'enfant*, Paris, Masson.

LE MEN J. (1966), *L'Espace figuratif et les structures de la personnalité. Une épreuve clinique originale : le D10*, Paris, PUF, 1966.

LESLIE A.M. (1987), « Pretense and representation : the origins of « theory of mind » », *Psychological Review*, n° 94, p. 412-426.

LIBET B. (1985), « Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action », *Behavioral and Brain Sciences*, n° 6, p. 529-566.

LOOSLI-USTÉRI M. (1958), *Manuel pratique du test de Rorschach*, Paris, Hermann.

LUQUET P. (1962), « Les Identifications précoces dans la structuration et la restructuration du moi », *Revue Française de Psychanalyse*, Numéro spécial congrès.

MCDOUGALL J.

(1978), *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard.

(1982), *Théâtres du je*, Paris, Gallimard.

(1986), « Un corps pour deux », in MCDOUGALL *et al.*, *Corps et histoire*, Paris, Les Belles Lettres, p. 9-43.

(1989), *Théâtre du corps*, Paris, Gallimard.

MC GUIRE P.K., SHAH G.M.S., MURRAY R.M. (1993), « Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia », *Lancet*, 342, 18, p. 703-706.

MC GUIRE P.K., SILBERSWEIG D.A., WRIGHT I. *et al.* (1996), « The neural correlates of inner speech and auditory verbal imagery in schizophrenia : relationship to auditory verbal hallucinations », *British Journal of Psychiatry*, 169, p. 148-159.

MAHLER M. (1968), *Psychose infantile. Symbiose humaine et individuation*, trad. fr., Paris, Payot, 1977.

MAIELLO S. (2000), « Trames sonores rythmiques primordiales. Réminiscences auditives dans le travail psychanalytique », *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n° 26, p. 77-103.

MAIN M., KAPLAN N., CASSIDY J. (1985), « Security in infancy, childhood and adulthood : a move to the level of representation », *Monographs of the Society for Research in Child Development*, n° 50 (1-2, serial n° 209), p. 66-104.

MAIN M., STADTMAN J. (1981), « Infant response to rejection of physical contact by the mother : aggression, avoidance and conflict », *Journal of Child Psychiatry*, vol. 20, p. 292-307.

MANZANO J., LALIVE J. (1983), « Les Jeunes mères psychotiques et leurs enfants. Expérience d'un programme de prévention primaire et secondaire », *L'Information Psychiatrique*, vol. 59, n° 5, p. 671-685.

MANZANO J., PALACIO-ESPASA F. (1978), « Négativisme, dénégation et fonctionnement psychotique précoce », *Revue Française de Psychanalyse*, t. L, n° 5-6, p. 1105-1110.

MANZANO J., PALACIO-ESPASA F., KNAUER D. (1984), « Problèmes des interventions thérapeutiques en psychiatrie du nourrisson », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 32e année, n° 9, p. 443-450.

MARCELLI D.

(1983), « La Position autistique. Hypothèses psychopathologiques et ontogénétiques », *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXVI, fasc. 1, p. 5-55.

(1985), « De l'hallucination d'une présence à la pensée d'une absence : à propos du rôle de l'absence dans les relations d'objet précoces », *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXVIII, fasc. 2, p. 403-440.

(1986), *Position autistique et naissance de la psyché*, Paris, PUF.

(1992), « Le rôle des microrythmes et des macrorythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson », *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXXV, fasc. 1, p. 57-82.

(1999), *Enfance et psychopathologie*, 6e éd., Paris, Masson.

(2000), *La Surprise de l'âme*, Paris, Odile Jacob.

MARCELLI D., BRACONNIER A. (2004), *Adolescence et psychopathologie*, 6e éd., Paris, Masson.

MARTY P.

(1976), *Les Mouvements individuels de vie et de mort*, t. 1, Paris, Payot.

(1980), *L'Ordre psychosomatique*, Paris, Payot.

MARTY P., DE M'UZAN M. (1963), « La Pensée opératoire », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 27, numéro spécial congrès.

MARTY P., DE M'UZAN M., DAVID C. (1953), *L'Investigation psychosomatique*, Paris, PUF.

MARTY P., FAIN M. (1955), « L'Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet », *Revue Française de Psychanalyse*, 1-2.

MAURER D., SALAPATEK P. (1976), « Developmental changes in the scanning of faces by young infants », *Child Development*, n° 47, p. 523-527.

MEEHL P.E. (1994), « Subjectivity in psychoanalytic inference. The nagging persistence of Wilhelm Fliess's Achensee question », *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, n° 17, p. 3-82.

MEISSNER W.W. (1978), *The Paranoïd process*, New York, J. Aronson.

MELLIER D. (2005), *Les Bébés en détresse*, Paris, PUF.

MELTZER D.

(1967), *Le Processus psychanalytique*, trad. fr., Paris, Payot, 1971.

(1972), *Les Structures sexuelles de la vie psychique*, trad. fr., Paris, Payot, 1977.

(1975), « Adhesive identification », *Contemporary Psychoanalysis*, n° 11, p. 289-310.

(1985), « L'Objet esthétique », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 5, p. 1385-1389.

(1987), « Conférence sur la différenciation entre sadomasochisme et tyrannie-et-soumission », trad. fr., *Le Bulletin du Groupe d'Études et de Recherches Psychanalytiques pour le Développement de l'Enfant et du Nourrisson*, vol. 12, publication interne, p. 45-49.

(1988a), « Le Conflit esthétique », *Psychanalyse à l'Université*, 13, 49, p. 37-57.

(1988b), « Exposé à propos de l'identification projective », trad. fr., *Le Bulletin du Groupe d'Études et de Recherches Psychanalytiques pour le Développement de l'Enfant et du Nourrisson*, vol. 13, publication interne, p. 61.

(1989), « Réflexions sur l'identification projective », trad. fr., *Le Bulletin du Groupe d'Études et de Recherches Psychanalytiques pour le Développement de l'Enfant et du Nourrisson*, vol. 16, publication interne, p. 3-15.

(1992), *Le Claustrum*, trad. fr., Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 1999.

MELTZER D., BREMNER J., HOXTER S., WEDDELL D., WITTENBERG I. (1975), *Explorations dans le monde de l'autisme*, trad. fr., Paris, Payot, 1984.

MELTZER D., HARRIS M. (1980), « Séminaire sur les deux modèles du fonctionnement psychique selon M. Klein et selon W.R. Bion », trad. fr., *Revue Française de Psychanalyse*, t. XLIV, n° 2, p. 355-367.

MELTZER D., MILANA G., MAIELLO S., PETRELLI D. (1982), « La Distinction entre les concepts d'identification projective (Klein) et de contenant-contenu (Bion) », trad. fr., *Revue Française de Psychanalyse*, t. XLVIII, n° 2, 1984, p. 551-569.

MELTZER D., SABATINI SCOLMATI A. (1985), « La Maladie psychotique dans la petite enfance », trad. fr., *Lieux de l'Enfance*, n° 3, p. 93-110.

MELTZOFF A.N., DECETY J. (2003), « What imitation tells us about social cognition : a rapprochement between developmental psychology and cognitive neuroscience », *Philosophical Transactions. Royal Society of London*, n° 358, p. 491-500.

MELTZOFF A.N., MOORE M.K.

(1979), « Intermodal matching by Human Neonates », *Nature*, n° 282, p. 403-404.

(1997), « Explaining facial imitation : a theoretical model », *Early Development Parenting*, n° 6, p. 179-192.

MÉNÉCHAL J.

(1999), *Introduction à la psychopathologie*, Paris, Dunod.

(2000), *Qu'est-ce que la névrose*, Paris, Dunod.

MILNER M. (1977), « Le Rôle de l'illusion dans la formation du symbole », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 5-6, p. 844-874.

MILNER A.D., RUGG M.D. (1991), *The neuropsychology of consciousness*, London, Academic Press.

MISÈS R.

(1975), *L'Enfant déficient mental*, Paris, PUF.

(1990), *Les Pathologies limites de l'enfance*, Paris, PUF.

MISÈS R. GRAND P. (dir.) (1997), *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI.

MISÈS R. *et al.* (2002), « Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R-2000 », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 50, n° 4, p. 233-261.

MONJAUZE M. (1999), *La Part alcoolique du Soi*, Paris, Dunod.

MONMAYRANT M., Lacroix M.-B. (1995), « Observation du nourrisson et violence chez le jeune enfant », in LACROIX M.-B., MONMAYRANT M. *et al.*, *Les Liens d'émerveillement*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès, p. 245-261.

MONOD M. (1973), *Le Test du village*, Paris, Delachaux et Niestlé.

MOTTRON L. (2004), *L'Autisme, une autre intelligence*, Mardaga, Bruxelles.

MUNDY P., SIGMAN M. (1989), « The Theoretical implications of joint-attention deficits in autism », *Developmental Psychopathology*, n° 1, p. 173-183.

MUNDY P., SIGMAN M., KASARI C. (1994), « Joint attention, developmental level and symptom presentation in autism », *Developmental Psychopathology*, n° 6, p. 389-401.

MURRAY H.A.
(1938), *Exploration de la personnalité*, trad. fr., Paris, PUF, 1953.
(1943), *Manuel du Thematic Apperception Test*, trad. fr., lieu, CPA, 1950.

M'UZAN de M.
(1977), *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard.
(1994), *La Bouche de l'inconscient. Essais sur l'interprétation*, Paris, Gallimard.

NADEL J. (1992), « Imitation et communication. Un abord comparatif de l'enfant pré-langagier et de l'enfant autiste », in HOCHMANN J., FERRARI P. *et al.*, *Imitation, identification chez l'enfant autiste*, Paris, Bayard, p. 79-104.

NADEL J., BUTTERWORTH G. (eds) (1999), *Imitation in infancy*, Cambridge-Londres, Cambridge University Press.

NEISSER U. (ed.) (1993), *The Perceived self : ecological and interpersonal sources of self-knowledge*, Cambridge, Cambridge University Press.

NEYRAUD M. (1997), *Les Raisons de l'irrationnel*, Paris, PUF.

NORTHOFF G., HEINZEL A., de GRECK M. *et al.* (2006), « Self-referential processing in our brain – a meta-analysis of imaging studies on the self », *NeuroImage* (sous presse).

OGDEN T.H.
(1979), « On projective identification », *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 60, p. 357-373.
(1989), « On the concept of an autistic-contiguous position », *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 70, part 1, p. 127-140.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1992, *CIM 10, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10e révision, Genève, OMS.

PALACIO-ESPASA F. (1977), « Défenses mélancoliques *versus* défenses maniaques », *Revue Française de Psychanalyse*, t. XLI, n° 1-2, p. 217-226.

PANKOW G. (1983), *Structure familiale et psychose*, Paris, Aubier-Montaigne, nouv. éd. augmentée et révisée.

PARAT C. (1995), *L'Affect partagé*, Paris, PUF.

PASCHE F.
(1988), *Le Sens de la psychanalyse*, Paris, PUF.
(1999), *Le Passé recomposé*, Paris, PUF.

PÉLICIER Y. *et al.* (1995), *Psychologie, cancer et société*, Paris, L'Esprit du Temps.

PERNER J. (1991), *Understanding the representational mind*, Cambridge, MIT Press.

PERRON-BORELLI M., PERRON R. (1987), « Fantasme et action », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 2, p. 449-638.

PFEIFER S. (1919), « Des pulsions érotiques infantiles dans le jeu (prise de position psychanalytique concernant les principales théories du jeu) », trad. fr., *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XLV, fasc. 1, p. 261-310.

PIAGET J. (1978), *La Formation du symbole chez l'enfant*, Paris, Delachaux et Niestlé.

PIERCE C.S. (1904), « Première lettre à Lady Welby », trad. fr., in *Écrits sur le signe*, Paris, Le Seuil, 1978, p. 20-57.

PIGMAN G.W. (1995), « Freud and the history of empathy », *International Journal of Psycho-analysis*, n° 76, p. 237-261.

PINOL-DOURIEZ M. (1984), *Bébé agi-bébé actif : l'émergence du symbole dans l'économie interactionnelle*, Paris, PUF.

PRADO DE OLIVIERA L.-E. (1979), *Le Cas Schreber : contributions psychanalytiques*, trad. fr., Paris, PUF.

PREMACK D., WOODRUFF G. (1978), « Does the chimpanzee have a « Theroy of Mind » ? », *Behavioral and Brain Science*, n° 4, p. 515-526.

QUINODOZ J.-M. (1991), *La Solitude apprivoisée*, Paris, PUF.

RACAMIER P.-C.

(1953), « Étude clinique des frustrations précoces », *Revue Française de Psychanalyse*, t. XVII, n° 3, p. 328-350.

(1954), « La Pathologie frustrationnelle », *Revue Française de Psychanalyse*, tome XVIII, n° 4, p. 576-632.

(1980a), « De l'objet non-objet », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 21, p. 235-241.

(1980b), *Les Schizophrènes*, Paris, Payot.

(1986), « Entre agonie psychique, déni psychotique et perversion narcissique », *Revue Française de Psychanalyse*, t. L, n° 5, p. 1299-1309.

(1987), « De la perversion narcissique », *Gruppo*, n° 3, p. 11-23.

(1995), *L'Inceste et l'incestuel*, Paris, Éditions du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale.

RANK O. (1924), *Le Traumatisme de la naissance : influence de la vie prénatale sur l'évolution de la vie psychique individuelle et collective*, trad. fr., Paris, Payot, 1928.

RAUSCH DE TRAUBENBERG N.

(1970-1990), *La Pratique du Rorschach*, 6e éd., mise à jour, Paris, PUF, 1990.

(1977), *Le Rorschach en clinique infantile*, Paris, Dunod.

(1983), « Activité perceptive et activité fantasmatique au test de Rorschach. Le Rorschach : espace d'interactions », *Psychologie Française*, 28, 2, p. 100-103.

(1994), « Le Rorschach, lieu d'interactions entre le percept et le fantasme », *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes projectives de Langue Française*, n° 38, p. 123-136.

(1997), « Avant-propos », in ROMAN P. *et al.*, *Projection et symbolisation chez l'enfant*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, p. 7-9.

RECHTMAN R. (2005), « Remarques sur le destin de la psychanalyse dans les usages sociaux du traumatisme », *Revue française de psychosomatique*, 28.

RESNIK S.

(1973), *Personne et psychose*, Paris, Payot.

(1986), *L'Expérience psychotique*, trad. fr., Lyon, Césura Lyon Édition.

(1994), *Espace mental*, trad. fr., Ramonville-Saint-Agnes, Érès.

(1999), *Le Temps des glaciations. Voyage dans le monde de la folie*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès.

RIZZOLATTI G., ARBIB M.A. (1998), « Language within our grasp », *Trends in Neurosciences*, 21(5), p. 188-194.

RIZZOLATTI G., FADIGA L., GALLESE V., FOGASSI L. (1996), « Premotor cortex and the recognition of motor actions », *Cognitive Brain Research*, n° 3, p. 131-141.

RIZZOLATTI G., FOGASSI L., GALLESE V. (2001), « Neurophysiological mechanisms underlying the understanding ad imitation of action », *Nature Reviews Neuroscience*, n° 2, p. 661-670.

ROGERS S.J., PENNINGTON B.F. (1991), « A theoretical approach to the deficits in infantile autism », *Development and Psychopathology*, n° 3, p. 137-162.

ROMAN P.

(1996), « Blanc au Rorschach et configurations du Moi-peau », *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 46, 2, p. 139-143.

(1997a), « La Méthode projective comme dispositif à symboliser », in ROMAN P. (dir.), *Projection et symbolisation chez l'enfant*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

(1997b), « Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation », *Psychologie Clinique et Projective*, n° 3, p. 75-88.

(1998), « Pouvoir et pour-voir du clinicien dans le champ judiciaire », Bruxelles, *Cahiers de Psychologie Clinique*, n° 10, p. 47-63.

(2001), « Des enveloppes psychiques aux enveloppes projectives : travail de la symbolisation et paradoxe de la négativité », *Psychologie Clinique et Projective*, n° 7, p. 71-84.

(2004), *La Mallette Projective Première Enfance (MPPE)*, Paris, ECPA.

ROOS C. (2004), « Être à l'écoute pour savoir entendre », in *Vivre avec la maladie d'Alzheimer*, Paris, Fondation Médéric Alzheimer.

RORSCHACH H. (1920), *Psychodiagnostic*, tr. fr., Paris, PUF, 1962.

ROSENBERG B. (1991), *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, Monographies de la *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF.

ROSENFELD D.

(1986), « Identification and its vicissitudes in relation to the nazi phenomenon », *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 67, part 1, p. 53-64.

(1992), *Le Patient psychotique*, trad. fr., Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 2005.

(1997), « Aspects autistiques dans la pharmacodépendance et dans les maladies psychosomatiques », *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n° 20, p. 168-188.

ROSENFELD H.

(1965), *États psychotiques*, trad. fr., Paris, PUF, 1976.

(1970), « On projective identification », *Scientific Bulletin of the British Psycho-Analytical Society*, n° 41, publication interne.

(1987), *Impasse et interprétation*, trad. fr., Paris, PUF, 1990.

ROSOLATO G. (1978), *La Relation d'inconnu*, Paris, Gallimard.

ROUSSILLON R.

(1983), « Le Médium malléable, la représentation et l'emprise », *Revue Belge de Psychanalyse.*

(1991), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF.

(1992), *Du « baquet » de Mesmer au « baquet » de Freud*, Paris, PUF.

(1993), « Séduction et altérité interne », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 2, p. 343-348.

(1994), « Héroïsme, masochisme, réaction thérapeutique négative », *Trans*, n° 4, p. 163-171.

(1995), « La Métapsychologie des processus et la transitionnalité », *Revue Française de Psychanalyse*, Numéro spécial congrès, PUF, 1995.

(1997a), « Activité projective et symbolisation », in ROMAN P. (dir.), *Projection et symbolisation chez l'enfant*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.

(1997b), « La Fonction symbolisante de l'objet », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 2, p. 399-415.

(1999a), *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF.

(1999b), « Paradoxe et pluralité de la pulsion de mort », in *L'invention de la pulsion de mort*, Paris, Dunod.

(2000a), « Les Enjeux de la symbolisation à l'adolescence », *Adolescence, Monographie ISAP Troubles de la personnalité troubles des conduites*, Aix-en-Provence, Georg.

(2000b), « Pour une méthodologie clinique générale », CRPPC, Document de recherche, Université Lumière-Lyon 2.

(2002), *Le Plaisir et la répétition*, Paris, Dunod.

(2003), « La Séparation et la chorégraphie de la présence », in BARBIER J., PORTE J.M., *La Séparation*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès.

RUFFIOT A. *et al.* (1981), *La Thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod.

RUPPRECHT-SCHAMPERA U. (1996), « Le Concept d'une triangulation précoce comme clef d'un modèle cohérent de l'hystérie », *Bulletin du Groupe Lyonnais de Psychanalyse*, n° 40.

RUTTER M.

(1981), *Maternal deprivation reassessed*, Harmondsworth, Penguin Books.

(1983), « Cognitive deficits in the pathgenesis of autism », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 24, p. 513-531.

SALAPATEK P. (1975), « Pattern perception in early infancy », in COHEN L.B., SALAPATEK P. *et al.*, *Infants perception : from sensation to cognition*, vol. 1, New York, Academic Press, p. 133-248.

SAMEROFF A.J., EMDE R.N. (1989), *Les Troubles des relations précoces selon l'approche développementale*, trad. fr., Paris, PUF, 1993.

SAMI-ALI M.
(1986), *De la projection. Une étude psychanalytique*, Paris, Dunod.
(2000), *L'Impasse relationnelle. Temporalité et cancer*, Paris, Dunod.

SANDER L. (1988), « The Event-structure of regulation in the neonate-caregiver system as a biological background for early organisation of psychic structure », in GOLDBERG A. *et al.*, *Frontiers in self-psychology*, Hillsdale N.J., Analytic Press, p. 64-77.

SANDLER J. (1960), « The Background of safety », *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 41, p. 352-356.

SAUVAGE D. *et al.* (1988), *Autisme du nourrisson et du jeune enfant*, 2e éd. augmentée, Paris, Masson.

SCAIFE M., BRUNER J.S. (1975), « The Capacity for joint attention in the infant », *Nature*, n° 253, p. 265-266.

SCHAFER R. (1954), *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing. Theory and application*, New York, Grune and Stratton.

SCHNEIDER K. (1959), *Clinical Psychopathology*, New York, Grune and Stratton.

SEARLES H.
(1965), *L'Effort pour rendre l'autre fou*, trad. fr., Paris, Gallimard, 1977.
(1979), *Le Contre-transfert*, trad. fr., Paris, Gallimard, 1979.

SEGAL H.
(1957), « Notes sur la formation du symbole », trad. fr., *Revue Française de Psychanalyse*, t. XXXIV, n° 4, 1970, p. 685-696.
(1964), *Introduction à l'œuvre de Melanie Klein*, trad. fr., Paris, PUF, 1983.
(1981), *Délire et créativité*, trad. fr., Paris, Éditions des Femmes, 1987.

SHENTOUB V. (1990), *Manuel d'utilisation du TAT. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod.

SHENTOUB V., DEBRAY R. (1970-71), « Fondements théoriques du processus TAT », *Bulletin de Psychologie*, XXIV, 12-15, p. 897-903.

SHENTOUB V., RAUSCH DE TRAUBENBERG N. (1982), « Tests de projection de la personnalité », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37190 A 10.

SHORE A.N.
(1994), *Affect regulation and the origin of the self : the neurobiology of emotional development*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1994.
(2001a), « Contribution from the decade of the brain to infant mental health », *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), p. 1-270.
(2001b), « Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health », *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), p. 7-66.
(2001c), « The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health », *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), p. 201-269.

SICARD M. (1994), *L'Année 1895. L'image écartelée entre voir et savoir*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo – Les Empêcheurs de Penser en Rond.

SIEGEL D.J.
(1999), *The developing mind : toward a neurobiology of interpersonal experience*, New York, Guilford.

(2001), « Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind : attachment relationships, « mindsight », and neural integration », *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), p. 67-94.

SIGMAN M., MUNDY P. (1987), « Social and cognitive deficits in young autistic children », in GRÉMY F. *et al.*, *Autisme infantile. Infantile Autism*, vol. 146, Paris, INSERM, p. 169-174.

SIGMAN M., UNGERER J.A. (1984), « Attachment behaviors in autistic children », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n° 14, p. 231-244.

SMADJA C.

(1993), « À propos des procédés autocalmants du moi », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 2, p. 9-26.

(1998), « Le Fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 62, p. 5.

SOLMS M. (2004), « Freud returns », *Scientific American*, 290 (5), p. 82-8.

SOULÉ M. (1978), « Essai de compréhension de la mère d'un enfant autistique par l'étude des mécanismes défensifs et des processus pathogènes, ou « l'enfant qui venait du froid » », in SOULÉ M. *et al.*, *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, Paris, ESF, p. 79-109.

SPENCE S.A., HUNTER M.D., HARPIN G.

(1999), « Conversion hysteria : towards a cognitive neuropsychological account », in HALLIGAN PW, DAVID AS, eds, *Hysterical paralyses as disorders of action*, Hove : Psychology Press, p. 203-226.

(2002), « Neuroscience and the will », *Current Opinion in Psychiatry*, 15 (5), p. 519-526, septembre 2002.

SPITZ R.A. (1965), *De la naissance à la parole, la première année de la vie*, trad. fr., Paris, PUF, 1984.

STEELE H. *et al.* (1996), « Associations among attachment classifications of mothers, fathers and their infants », *Child Development*, n° 67, p. 541-555.

STERN D.N.

(1974), « Le But et la structure du jeu mère-nourrisson », trad. fr., *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXVI, fasc. 1, 1983, p. 193-216.

(1985), *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, trad. fr., Paris, PUF, 1989.

(1993), « L'« enveloppe prénarrative ». Vers une unité fondamentale d'expérience permettant d'explorer la réalité psychique du bébé », trad. fr., *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n° 14, p. 13-65.

(1994), *Le Journal d'un bébé*, trad. fr., Paris, Press-Pocket.

(1995), « Les Bébés et la musique : réflexion sur les aspects temporels de l'expérience quotidienne d'un nourrisson », trad. fr., *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n° 23, 1998, p. 88-112.

(1997), « Le Processus de changement thérapeutique. Intérêt de l'observation du développement de l'enfant pour la psychothérapie de l'adulte », trad. fr., in CICCONE A., GAUTHIER Y., GOLSE B. et STERN D., *Naissance et développement de la vie psychique*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès, p. 39-57.

(1998), « The process of therapeutic change involving implicit knowledge : some implications of developmental observations for adult psychotherapy », *Infant Mental Health Journal*, vol. 19, 3, p. 300-308.

STERN D.N., JAFFE J., BEEBE B., BENNETT S.L. (1975), « Vocalization in unison and alternation : two modes of communication within the mother-infant dyad », *Annals of the New York Academy of Science*, n° 263, p. 89-100.

STONE W.L. *et al.* (1990), « Play and imitation skills in the diagnosis of autism in young children », *Pediatrics*, n° 86, 2, p. 267-272.

STRAUSS M.S. (1979), « Abstraction of prototypical information by adults and ten-months-old infants », *Journal of Experimental Psychology : Human Learning and Memory*, n° 5, p. 618-632.

SZWEC G.

(1993), « Les Procédés autocalmants par la recherche de l'excitation. Les galériens volontaires », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 2, p. 27-52.

(1998), *Les Galériens volontaires. Essais sur les procédés autocalmants*, Paris, PUF.

TAYLOR G.

(1979), « Communication and cooperation in early infancy : a description of primary intersubjectivity », in BULLOWA M. *et al.*, *Before speech : the beginning of interpersonal communication*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 321-347.

(1987), « Barriers to objects relating », in GOLDBERG A. *et al.*, *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*, Monographie 3, Stress and Health Series, New York, International Universities Press.

(1989a), « Racines du langage avant la parole », trad. fr., *Devenir*, vol. 9, n° 3, 1997, p. 73-93.

(1989b), « Les Relations entre autisme et développement socioculturel normal. Arguments en faveur d'un trouble primaire de la régulation du développement cognitif par les émotions », trad. fr., in LELORD G. *et al.*, *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*, Paris, Expansion Scientifique Française, p. 56-80.

TOUTENU D., SETTELEN D. (2003), *L'Affaire Romand : le narcissisme criminel*, Paris, L'Harmattan.

TREVARTHEN C.

(1979), « Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity », in BULLOWA M. (ed.), *Before speech : the beginning of human communication*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 321-347.

(1989a), « Les relations entre autisme et développement socio-culturel normal. Arguments en faveur d'un trouble primaire de la régulation du développement cognitif par les émotions », in LELORD G. *et al.*, *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*, Paris, Expansion scientifique française, p. 56-80.

(1989b), « Racines du langage avant la parole », in *Devenir*, vol. 9, n° 3, 1997, p. 73-93.

(1990), *Brain circuits and functions of the mind*, Cambridge, Cambridge University Press.

(1993), « The self born in intersubjectivity : the psychology of an infant communicating », in NEISSER U. (ed.), *The perceived self : ecological and interpersonal sources of self-knowledge*, Cambridge : Cambridge University Press.

(2001), « Intrinsic motives for companionship in understanding : their origin, development, and significance for infant mental health », *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), p. 95-131.

TREVARTHEN C., AITKEN K.

(1996a), *Children with autism*, London, Hogarth.

(1996b), « La Fonction des émotions dans la compréhension des autres », trad. fr., *Cahiers du Cerfee*, n° 13, Université Montpellier 3, p. 9-56.

(2001), « Infant intersubjectivity : research, theory, and clinical applications », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 42, 1, p. 3-48.

(2003), « Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique », *Devenir*, 4, 15, p. 309-428.

TRONIK E.Z.

(1989), « Emotions and emotional communication in infants », *American Psychologist*, 44(2), p. 112-126.

(1998a), « Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change », *Infant Mental Health Journal*, vol. 19, 3, p. 290-299.

(1998b), « Interventions that effect change in psychotherapy : a model based on infant research », *Infant Mental Health Journal*, vol. 19, 3, p. 277-354.

TRONICK E.Z., WEINBERG M.K. (1997), « À propos des conséquences psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé », trad. fr., in MAZET P. et LEBOVICI S. (dir.), *Psychiatrie périnatale*, Paris, PUF, 1998, p. 299-333.

TUSTIN F.

(1972), *Autisme et psychose de l'enfant*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 1977.

(1980), « Les Objets autistiques », trad. fr., *Lieux de l'Enfance*, n° 3, 1985, p. 199-220.

(1981), *Les États autistiques chez l'enfant*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 1986.

(1984), « Les formes autistiques », trad. fr., *Lieux de l'Enfance*, n° 3, 1985, p. 221-245.

(1985a), « Améliorer les états autistiques, quelques considérations importantes », trad. fr., *Lieux de l'Enfance*, n° 3, p. 15-34.

(1985b), « Contours autistiques et pathologie adulte », trad. fr., *Topique*, n° 35-36, p. 9-24.

(1986), *Le Trou noir de la psyché*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 1989.

(1987), « Validations des découvertes sur l'autisme », trad. fr., *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n° 5, 1988, p. 116-137.

(1990), *Autisme et protection*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 1992.

(1991), « Vues nouvelles sur l'autisme psychogénétique », trad. fr., *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n° 17, 1995, p. 279-293.

(1994a), « Autistic children who are assessed as not brain-damaged », *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 20, n° 1, p. 103-131.

(1994b), « The Perpetuation of an error », *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 20, n° 1, p. 3-23.

UNGERER J.A., SIGMAN M. (1981), « Symbolic play and language comprehension in autistic children », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n° 20, p. 318-337.

VALABREGA J.-P. (1980), *Phantasmes, mythe, corps et sens. Une théorie psychanalytique de la connaissance*, Paris, Payot.

VIDERMAN S. (1970), *La Construction de l'espace analytique*, Paris, Denoël.

VIGARELLO G. (1978), *Le Corps redressé*, Paris, Delarge.

VINCENT. J-D.

(1986), *Biologie des passions*, Paris, Odile Jacob.

(2004), *Le Cœur des autres. Une biologie de la compassion*, Paris, Odile Jacob.

VOGELEY K., BUSSFELD P., NEWEN A. *et al.* (2001), « Mind reading neural mechanisms of theory of mind and self-perspective », *NeuroImage*, 14 (1), p. 170-181.

VON STAABS G. (1973), *Le Scéno-test*, Paris, Delachaux et Niestlé.

WADDELL M. (1998), *Vies intérieures. Psychanalyse et développement de la personnalité*, trad. fr., Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 2002.

WALLON H. (1938), *La vie mentale*, Paris, Éditions Sociales.

WATZLAWIK P., WEAKLAND J., FISCH R. (1973), *Changements, paradoxes et psychothérapie*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 1975.

WENAR C. *et al.* (1986), « The Development of normal and autistic children : a comparative study », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n° 16, p. 317-333.

WIDLÖCHER D.

(1984), « Le Psychanalyste devant les problèmes de classification », *Confrontations psychiatriques*, n° 24, p. 141-157.

(1986), « Le Parallélisme impossible », in FEDIDA P. (dir.), *Communication et représentation*, Paris, PUF, p. 181-206.

(1993), « Intentionnalité et psychopathologie », *Revue Internationale de Psychopathologie*, n° 10, p. 193-224.

(1994), *Traité de psychopathologie*, Paris, PUF.

(1996), *Les Nouvelles cartes de la psychanalyse*, Paris, Odile Jacob.

WIDLÖCHER D., HARDY-BAYLÉ M.-C. (1989), « Cognition and control of action in psychopathology », *European Bulletin of Cognitive Psychology*, 9, 6, p. 583-615.

WIDLÖCHER D., LAPLANCHE J. (2001), *Sexualité infantile et attachement*, Paris, PUF.

WILLIAMS G. (1997), *Paysages intérieurs et corps étrangers*, trad. fr., Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 1998.

WIMMER H., PERNER J. (1983), « Beliefs about beliefs : representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception », *Cognition*, n° 13, p. 103-128.

WING L. (1976), *Early childhood autism*, Londres, Pergamon Press.

WINNICOTT D.W.

(1951), « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », trad. fr., in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1976, p. 109-125.

(1956a), « La Préoccupation maternelle primaire », trad. fr., in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1976, p. 168-174.

(1956b), « La Tendance antisociale », trad. fr., in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1976, p. 175-184.

(1957), *L'Enfant et le monde extérieur*, trad. fr., Paris, Payot, 1975.
(1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. fr., Paris, Payot, 1976.
(1960), « Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self », trad. fr., in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1983.
(1965), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. fr., Paris, Payot, 1969.
(1965), *Processus de maturation chez l'enfant*, trad. fr., Paris, Payot, 1983.
(1967), « Le Rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant », trad. fr., *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 10, 1974, p. 79-86.
(1971a), *La Consultation thérapeutique et l'enfant*, trad. fr., Paris, Gallimard, 1971.
(1971b), *Jeu et réalité*, trad. fr., Paris, Gallimard, 1975.
(1974), *La Crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, trad. fr., Paris, Gallimard, 2000.
(1989), *Lettres Vives*, trad. fr., Paris, Gallimard.

WOLPERT D.M., GHAHRAMANI, Z., JORDAN, M. (1995), « An internal model for sensorimotor integration », *Science*, n° 269, p. 1880-1882.

ZALTZMAN N.
(1987), « L'Épisode hypomane en cours d'analyse », *Topique*, n° 39.
(1998), *De la guérison psychanalytique*, Paris, PUF.

ZAZZO R. (1993), *Reflets de miroir et autres doubles*, Paris, PUF.

ZINNER J., SHAPIRO R. (1972), « Projective identification as a mode of perception and behaviour in families of adolescents », *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 53, p. 523-530.

Index des auteurs

C

D

E

F

M

N

O

P

R

S

T

U

V

W

Z

Index

H

I

L

M

N

S

T

V

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I. La réalité psychique de la subjectivité et son histoire

R. Roussillon (avec interventions d'A. Ciccone)

PARTIE II. Psychopathologie

A. Ferrant, A. Ciccone

SECTION 1 Introduction générale

A. Ferrant

SECTION 2 Psychopathologie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent

A. Ciccone

SECTION 4 Psychopathologie et neurosciences

N. Georgieff

PARTIE III. Les méthodes projectives en psychopathologie

C. Chabert, P. Roman

SECTION 1 Les épreuves projectives en psychopathologie de l'adulte

C. Chabert